

Université de Montréal

Les déterminants de la santé des personnes exposées à des crises
majeures. Le cas des déplacés internes au Burundi.

Par : Gabriel Hakizimana

École de santé publique
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en santé publique, option promotion de la santé

Septembre 2010

© Gabriel Hakizimana 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Les déterminants de la santé des personnes exposées à des crises
majeures. Le cas des déplacés internes au Burundi

présentée par :

Gabriel Hakizimana

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Vinh-Kim Nguyen, président-rapporteur

Louise Potvin, directrice de recherche

Geetanjali Datta, membre du jury

Ousmane Ba, examinateur externe

Bernard Millette, représentant du doyen de la FES

RÉSUMÉ

PROBLÉMATIQUE

La violence collective, à travers les guerres civiles et autres conflits politiques violents, constitue un lourd fardeau pour la santé publique. Plus de la moitié des décès causés par l'ensemble des conflits dans le monde entier se trouvent en Afrique. L'une des conséquences est le déplacement massif des populations qui se réfugient vers l'extérieur du pays, mais aussi de plus en plus à l'intérieur des frontières nationales. Ceux qui ne traversent pas sont appelés déplacés internes. Leur état de santé est au moins aussi vulnérable que celui de réfugiés, mais est très peu documenté. De 1993 à 2005, le Burundi a plongé dans une crise politico-sociale sans précédent. En 2001, environ 10 % de la population vivaient dans des camps de déplacés.

OBJECTIF

Documenter l'état de santé des personnes déplacées par la guerre au Burundi et identifier ses déterminants.

CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel est basé sur la modélisation de l'association entre les événements traumatiques, les facteurs de l'environnement post-traumatique et l'état de santé des déplacés internes burundais.

MÉTHODE

Une enquête transversale a été menée dans deux camps de déplacés au Burundi. Les données ont été obtenues de façon rétrospective sur l'exposition aux événements traumatiques et de manière transversale pour l'état de santé et les facteurs de l'environnement post-traumatique. Les participants ont été interrogés sur les événements traumatiques vécus personnellement ou par leurs proches selon une

courte échelle élaborée à cet effet. De même, les facteurs de l'environnement post-traumatique ont été documentés. Pour la mesure de l'état de santé, un questionnaire comportant certains des 17 items du profil de santé de Duke a été utilisé. Deux traductions ont été réalisées et plusieurs items ont été adaptés.

RÉSULTATS

Les événements traumatiques vécus par les déplacés internes burundais sont négativement associés à l'état de santé physique, à l'état de santé sociale, à l'état de santé perçu et, positivement, avec l'incapacité. De même, plusieurs facteurs de l'environnement post-traumatique sont associés à l'état de santé. Par contre, certaines associations sont à interpréter selon leurs interactions avec les événements traumatiques. Celles-ci agissent parfois comme modificateurs d'effet, en amortissant ou en amplifiant le lien associatif initial entre certains événements traumatiques et l'état de santé des déplacés.

CONCLUSION :

Les résultats font ressortir un effet différentiel associé d'une part aux événements traumatiques vécus précédemment et d'autre part, en interaction avec ces derniers, à l'environnement post-traumatique. Notre thèse en arrive à la conclusion que les facteurs de l'environnement post-traumatique constituent des déterminants importants de l'état de santé des déplacés de guerre.

Mots clés : Guerre civile, déplacés internes, réfugiés, violence collective, environnement post-traumatique, stress post-traumatique, état de santé, Profil de santé de Duke, Burundi.

SUMMARY

INTRODUCTION

Collective violence in the form of civil war and other violent political conflict places a heavy burden on public health. More than half of all deaths caused by conflicts around the globe occur in Africa. One of the consequences of such conflict is the massive displacement of populations seeking refuge either outside their country or, increasingly, within their country's borders. Those who remain within their country are called internally displaced persons. Although little documented, the health of these people is every bit as vulnerable as that of refugees. From 1993 to 2005, Burundi was plunged into a socio-political crisis of unprecedented proportions. In 2001, approximately 10% of the population was living in displaced person camps.

OBJECTIVE

To document the health status of persons displaced by the war in Burundi and identify its determinants.

CONCEPTUAL FRAMEWORK

The conceptual framework is based on a modelling of the association between traumatic events, factors in the post-trauma environment and the health status of internally displaced Burundians.

METHOD

This cross-sectional study was carried out in two displaced persons camps in Burundi. It uses retrospective data on exposure to traumatic events and cross-sectional data on health status and factors in the post-trauma environment. Using a short scale especially designed for this study, the participants answered questions about the traumatic events that

they or those close to them had experienced. Factors in the post-trauma environment were also documented. To measure health status, a questionnaire containing some of the 17 items of the Duke Health Profile was used. Two translations were made, and several of the items were adapted to the particular context.

RESULTS

The traumatic events experienced by displaced persons in Burundi are negatively associated with physical health, social health and perceived health, and positively associated with disability. A number of factors in the post-trauma environment were also associated with health status. However, some of these associations are difficult to interpret because of their interactions with traumatic events. These interactions sometimes act as effect modifiers by diminishing or amplifying the initial association between certain traumatic events and the health status of displaced persons.

CONCLUSION

The results reveal a differential response associated with, on the one hand, previously experienced traumatic events and, on the other hand, the post-trauma environment in interaction with these traumatic events. This thesis concludes that factors in the post-trauma environment constitute important determinants of the health of persons displaced by war.

Keywords: Civil war, internally displaced persons, refugees, collective violence, post-trauma environment, post-traumatic stress, health status, Duke Health Profile, Burundi

Table des matières

Chapitre 1	INTRODUCTION.	1
1.1	Problématique.....	1
1.2	Contexte de l'étude.....	8
1.2.1	Aperçu sociogéographique du Burundi.	8
1.2.2	Composantes ethniques du Burundi : deux pseudo-ethnies.....	10
1.2.3	Les massacres de 1993 : des « actes de génocide », selon l'ONU	14
1.2.4	La situation des déplacés	17
1.2.5	Que retenir de ce contexte ?.....	20
1.3	Intérêt particulier de l'auteur.....	22
Chapitre 2	ÉTAT DES CONNAISSANCES	24
2.1	La violence collective.....	25
2.1.1	Définitions et importance de la violence collective	25
2.1.2	La guerre, et ses conséquences, en tant que violence collective	31
2.1.3	La problématique des déplacés internes	36
2.2.	La mesure de l'état de santé des déplacés internes.....	44
2.2.1.	Les modèles explicatifs de la santé.....	44
2.2.1.1	La thèse de Selye et le modèle biomédical.	45
2.2.1.2	Les modèles issus de la psychologie sociale.....	47
2.2.2	Les événements traumatiques et l'état de santé des déplacés de guerre.	56
2.2.2.1	Rappel du concept de santé.....	56
2.2.2.2	Les événements traumatiques et la santé mentale des déplacés de guerre.....	59
2.2.2.3	Le trouble de stress post-traumatique (PTSD).....	61
2.2.2.4	L'association entre les événements traumatiques et les autres dimensions de la santé des déplacés de guerre.....	67
2.2.2.5.	L'association entre l'état de santé mentale et les autres dimensions de l'état de santé.....	72
2.2.2.6	Événements traumatiques et santé des déplacés : résumé	75
2.2.3	Les outils couramment utilisés pour étudier l'état de santé des déplacés internes	76
2.2.3.1	Les instruments de mesure de la santé générale.....	76

2.2.3.1.1	Description et utilisation du GHQ et du MOS.....	76
2.2.3.1.2	Quelques éléments de critique de ces instruments : introduction au Profil de Santé de Duke.....	79
2.2.3.2	Les échelles événementielles.....	81
2.2.3.3	Quelques instruments issus de la psychologie de la santé utilisés dans la mesure de la santé des réfugiés.....	91
2.2.3.3.1	Les indicateurs psychosomatiques	91
2.2.3.3.2	La mesure des stratégies d'ajustement	95
2.2.3.3.2.1	Les stratégies d'ajustement et la mesure de la santé des réfugiés	98
2.2.3.3.2.2	Le soutien social	99
2.2.3.3.2.3	Le soutien social et la santé des déplacés de guerre.....	101
2.2.3.3.3	Les outils de mesure de l'état de santé des déplacés : résumé...	104
2.3	Controverse sur l'universalité du PTSD.	104
2.3.1	Liens associatifs évidents, mais souvent faibles.....	105
2.3.2	PTSD : concept très critiqué	108
2.3.3	Les tendances théoriques émergentes	113
2.3.4	Arrimage de notre thèse aux tendances	119
2.4	Conclusion générale de la recension des écrits	121
Chapitre 3	CADRE CONCEPTUEL ET HYPOTHÈSE DE RECHERCHE.....	123
3.1	Cadre conceptuel.....	123
3.1.1	Retour sur les contextes.....	123
3.1.2	Présentation du cadre conceptuel.....	125
3.1.2.1	Le sentiment de sécurité.....	127
3.1.2.2	Le contrôle social.....	128
3.1.2.3	Les difficultés chroniques	129
3.1.3	Les autres éléments du cadre conceptuel.....	130
3.2	Objectif et questions de recherche.....	130
Chapitre 4	MÉTHODOLOGIE.....	133
4.1	Devis de l'étude	133
4.2	Population à l'étude et échantillonnage.....	134
4.2.1	La population des déplacées internes.....	134
4.2.2	Choix et contexte de la commune de Ruhororo.....	135
4.2.3	Taille de l'échantillon.....	140
4.2.4	Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	141

4.2.5	Taux de réponse.....	142
4.3	Cueillette des données.....	143
4.3.1	Sources d'information.....	143
4.3.2	Les procédures préliminaires.....	145
4.3.2.1	La formation des enquêteurs.....	145
4.3.2.2	Le pré test.....	145
4.3.2.3	Recrutement des participants.....	146
4.3.3	Déroulement de l'enquête proprement dite.....	147
4.3.4	Contrôle de qualité de l'enquête.....	148
4.3.5	Considérations éthiques.....	148
4.4	Mesure des concepts	149
4.4.1	Les variables dépendantes : mesure de l'état de santé	149
4.4.1.1	Article méthodologique.....	150
4.4.2	Les variables indépendantes.....	182
4.4.2.1	Les événements traumatiques	182
4.4.2.2	Les facteurs de l'environnement post-traumatique.....	184
4.4.2.2.1	Le sentiment de sécurité.	184
4.4.2.2.2	Le contrôle social.....	185
4.4.2.2.3	Les difficultés chroniques.	186
4.4.2.3	Les stratégies d'ajustement (ou coping).....	187
4.4.2.4	Les caractéristiques sociodémographiques.....	189
4.4.2.5	Les autres biais potentiels.....	189
4.5	Analyse	191
4.5.1	Analyse des variables dépendantes.....	191
4.5.2.	Analyse des variables prédictives.....	192
4.5.2.1	Les stratégies de coping.....	192
4.5.2.2	Les événements traumatiques et l'environnement post-traumatique.....	192
4.5.2.2.1	Analyse descriptive.....	192
4.5.2.2.2	Analyses de régression.....	193
Chapitre 5	RÉSULTATS.....	196
5.1	Description des événements traumatiques, de l'environnement post-traumatique et de l'état de santé de la population étudiée.....	196
5.1.1	Validité des instruments de mesure.....	196

5.1.2	Description de l'ampleur des événements traumatiques vécus en 1993 par les déplacés internes de Ruhororo et Mubanga ...	200
5.1.3	Description de l'environnement post-traumatique des déplacés internes de Ruhororo et Mubanga	201
5.1.4	Description de l'état de santé des déplacés internes de Ruhororo et Mubanga.....	203
5.2	Liens associatifs entre les événements traumatiques, l'environnement post-traumatique et l'état de santé.....	205
5.2.1	Association entre les événements traumatiques et l'état de santé des déplacés au moment de l'enquête.....	205
5.2.2	Association entre les variables de l'environnement post-traumatique et l'état de santé des déplacés au moment de l'enquête.....	206
5.2.3	Association entre les stratégies d'adaptation et l'état de santé des déplacés internes au moment de l'enquête.....	208
5.3	La modélisation de l'état de santé des déplacés de Ruhororo et Mubanga.....	209
5.3.1	La modélisation de l'état de santé physique.....	209
5.3.2	La modélisation de l'état de santé social.....	215
5.3.3	La modélisation de l'état de santé perçu.....	218
5.3.4	La modélisation de l'incapacité.....	221
5.3.5	Récapitulatif des modèles finaux	223
Chapitre 6	Discussion.....	226
6.1	L'état de santé des déplacés internes.....	226
6.2	L'ampleur des événements traumatiques.....	229
6.3	Les stratégies du coping.....	231
6.4	Le lien associatif entre les événements traumatiques, les facteurs de l'environnement post-traumatique et l'état de santé actuel des déplacés.....	232
6.5	Les limites de l'étude.....	239
Chapitre 7	CONCLUSION GÉNÉRALE.....	242
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	248

Liste des tableaux

Tableau I	Comparaison entre le classement de décès imputables à la violence en Afrique et dans les pays développés.....	29
Tableau II	Comparaison entre les classements de DALY imputables à la violence en Afrique et dans les pays développés.....	30
Tableau III	Décès, en 2000 (en nombres absolus, arrondis), imputables à des blessures de guerre, par sexe selon les régions de l'OMS.....	34
Tableau IV	Impacts directs des conflits sur la santé.....	35
Tableau V	Quelques instruments de mesure du soutien social.....	103
Tableau VI	Situation des sites dans les provinces du nord.....	137
Tableau VII	Comparaison entre les participants et les personnes écartées.....	143
Tableau VIII	Facteurs de regroupement des stratégies de coping.....	197
Tableau IX	Corrélations entre les événements vécus et l'environnement post-traumatique	199
Tableau X	Fréquence des événements traumatiques selon le genre des participants.....	201
Tableau XI	Fréquence des facteurs de l'environnement post-traumatique selon le genre des participants.....	202
Tableau XII	L'état de santé de la population déplacée de Ruhororo et Mubanga.....	203
Tableau XIII	Problèmes de santé rapportés selon le genre des participants.....	204
Tableau XIV	Association entre les événements traumatiques et l'état de santé des déplacés internes de Ruhororo et Mubanga.....	206
Tableau XV	Association entre les variables de l'environnement post-traumatique et l'état de santé des déplacés de Ruhororo et Mubanga.....	207
Tableau XVI	Corrélations entre les stratégies d'adaptation et l'état de	

	santé des déplacés de Ruhororo et Mubanga.....	208
Tableau XVII	Coefficients de régression non standardisés, état de santé physique.....	210
Tableau XVIII	Coefficients de régression non standardisés, état de santé social.....	218
Tableau XIX	Rapports de cotes de l'état de l'état de santé perçu	221
Tableau XX	Rapports de cotes de l'état de l'incapacité	223
Tableau XXI	Récapitulatif des variables significatives des modèles définitifs des différentes dimensions de la santé.....	225

Liste des figures

Fig. 1	Carte du Burundi	8
Fig. 2	Modèle écologique servant à comprendre la violence	28
Fig. 3	Représentation schématique des déplacements massifs en cas de guerre civile	38
Fig. 4	Modèle de stress selon Kleber et Brom (1992). Traduction libre	51
Fig. 5	Fréquence moyenne des événements traumatiques selon 8 études portant sur la santé des déplacés de guerre	62
Fig. 6	Cadre conceptuel	126
Fig. 7	Répartition des sites de déplacés par province en 2002	136
Fig. 8	Communes avec l'effectif le plus élevé de déplacés en 2002	137
Fig. 9	Localisation du site de Ruhororo	138
Fig. 10	Interaction entre le fait d'avoir les membres de la famille tués et connaître ses agresseurs sur l'état de santé physique	212
Fig. 11	Interaction entre le fait d'avoir assisté au meurtre des proches et connaître ses agresseurs sur l'état de santé physique.	213
Fig. 12	Interaction entre le fait d'avoir été torturé et l'arrestation des agresseurs sur l'état de santé physique	214
Fig. 13.	Interaction entre la torture et le fait de porter plainte sur la santé physique.	214
Fig. 14	Interaction entre le fait d'avoir eu des membres de la famille tués et la peur de revivre les événements sur l'état de santé social.	216
Fig. 15	Interaction entre le fait d'être handicapé et d'avoir peur de revivre les événements sur l'état de santé social	217

Liste des Annexes

Annexe I	Approbation du Comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine
<u>Annexe II</u>	Formulaire d'information et de consentement
Annexe III	Questionnaire
Annexe IV	Fiche de réponse
Annexe V	Tableau synthétique des articles publiés dans MEDLINE entre 2003 et mars 2010 avec mots clés choisis
Annexe VI	Résolutions et rapports de l'ONU sur les massacres de 1993

Liste des abréviations

APA	American Psychiatric Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual (R = Revision)
FRODEBU	Front pour la Démocratie au Burundi
GHQ	General Health Questionnaire
HSCL	Hopkins Symptoms Schedule
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
IES	Impact of Event Scale
OMS	Organisation mondiale de la santé
MOS	Medical outcomes study
	SF: Short form (SF-36, SF- 20, etc.)
PMLD	Post Migration Living Difficulties Scale
PSD	Profil de santé de Duke
PTSD	Posttraumatic stress disorder
SRSS	Social Readjustment Rating Scale
UPRONA	Unité pour le Progrès National

DÉDICACE

À Godelieve, Gilchrist, Réal et Carole-Grâce

Mon cheminement doctoral n'a pas été facile pour vous. À bien des égards, vous y avez participé personnellement et continuellement du début à la fin. Vous avez accepté de nombreux sacrifices et avez consenti à de dures privations. Vous êtes restés à mes côtés, quelles que soient les circonstances. Jamais je n'aurais pu réaliser tout ce travail sans votre compréhension et votre soutien indéfectible. Cette thèse vous appartient.

À ces compatriotes massacrés collectivement à cause de l'intégrisme ethnique

À ces héros méconnus qui luttent courageusement pour un État de droit

REMERCIEMENTS

Je désire exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de thèse, la professeure Louise Potvin pour son immense contribution et son soutien multiforme. Je lui suis très reconnaissant pour sa grande disponibilité, son encadrement scientifique inlassable durant toutes les phases du doctorat, son appui constant dans les moments clés de mon cheminement, son aide inestimable dans les situations difficiles. Que Louise trouve, à travers ces lignes, l'expression de ma profonde gratitude, de mon estime et de mon grand respect !

Je voudrais exprimer aussi mes remerciements à tous ceux – nombreux – qui m'ont soutenu et encouragé durant ma formation doctorale et mon séjour au Pavillon Marguerite D'Youville. Je pense en particulier aux professeures Lise Gauvin et Katherine Frohlich pour leur appui et leur encouragement constants. Mes remerciements très sincères vont également à mes anciens collègues du département et mes amis de bureau pour leurs précieux commentaires sur bien des aspects de ma thèse. J'adresse un merci très spécial à tous ceux – Éric Breton, Louise Potvin et bien d'autres — qui m'ont soutenu lors de certains événements survenus au Burundi. Votre geste est resté inoubliable.

Mes remerciements vont également au Centre de recherches pour le développement international (CRDI) qui m'a octroyé la « Bourse aux chercheurs candidats au doctorat » (édition 2000) et l'Institut National de santé publique du Burundi qui m'a gracieusement accueilli pendant mon séjour au Burundi. Au Dr Martin Nduwimana et à son personnel, ainsi qu'à mes enquêteurs et enquêtrices, je vous remercie sincèrement.

À ces déplacés internes de Ruhororo et Mubanga, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette recherche. Je pense à vous.

Enfin, je tiens à remercier vivement la Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière qui m'accompagne dans la touche finale de cette thèse. Je remercie en particulier Monsieur Richard Lanthier et Madame Élisabeth Cadieux pour leur soutien et leur compréhension à mon égard.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1 Problématique

Jamais auparavant le monde n'avait été aussi unanime qu'en ce siècle sur la reconnaissance, le respect et la défense des droits de la personne humaine, incluant le droit à la vie, comme en témoignent les nombreuses promulgations de chartes, de conventions et divers engagements institutionnels à travers le monde. Mais au-delà du discours et de bonnes intentions, il faut malheureusement faire le constat que — excepté lors de la période d'esclavage institutionnalisé — les droits de la personne n'avaient probablement pas été aussi massivement violés au cours d'un même siècle. Certains historiens appellent le 20^e siècle « le siècle des génocides¹ » (Bruneteau, 2004), en référence notamment aux génocides arménien, juif et tutsi du Rwanda. Aujourd'hui encore, les conflits armés, les génocides, les climats de terreur, font partie de la vie quotidienne des millions de gens à travers le monde. Les guerres en Irak, en Afghanistan, en Somalie, au Darfour dans le sud du Soudan et ailleurs, sont d'actualité. D'autres conflits meurtriers, comme ceux qui se sont

¹ Selon l'article 6 du Statut de Rome de la Cour pénale Internationale, on entend par **crime de génocide l'un des actes ci-après commis dans l'intention de détruire, en tout ou en partie, un groupe national, ethnique, racial ou religieux, comme tel**. Meurtre de membres du groupe, Atteinte grave à l'intégrité physique ou mentale de membres du groupe, Soumission intentionnelle du groupe à des conditions d'existence devant entraîner sa destruction physique totale ou partielle, Mesures visant à entraver les naissances au sein du groupe, Transfert forcé d'enfants du groupe à un autre groupe. <http://www.preventgenocide.org/fr/droit/statut/chap-a.htm#2> Consulté en ligne mars 2010

déroulés tout au long de la décennie 1990 dans les Balkans ou encore en Afrique demeurent dans la mémoire collective.

Ces conflits violents ont incité les chercheurs du secteur de la santé publique à s'intéresser à leurs impacts de santé sur les populations exposées. D'innombrables documents, livres et articles scientifiques ont été publiés sur ces impacts. On comprend de mieux en mieux les conséquences directes et indirectes de la guerre. On sait qu'elle est responsable d'un très grand nombre de décès et d'incapacité à travers le monde; qu'elle détruit les familles, les communautés et les cultures ; qu'elle force les gens à quitter leurs maisons et à devenir des déplacés internes ou des réfugiés ; qu'elle a des impacts sur les ressources et les infrastructures sociales, etc.(Sidel & Levy, 2008).

Ainsi donc, une des conséquences de la guerre, en particulier lorsqu'elle s'accompagne de crimes à grande échelle comme le génocide ou encore les « crimes contre l'Humanité² », est le déplacement massif des populations civiles qui fuient les zones perturbées pour chercher refuge dans des régions moins exposées, à l'intérieur ou à l'extérieur de leurs pays. Abrisées dans des installations de fortune, souvent coupées de leurs liens familiaux, ces personnes vivent des périodes extrêmement difficiles et souvent tragiques. La Santé publique a su profiter de son expérience de terrain, notamment à travers la Croix-Rouge internationale,

² Selon l'article 7 du Statut de Rome de la Cour pénale Internationale, on entend par crime contre l'Humanité l'un des actes ci-après commis dans le cadre d'une attaque généralisée ou systématique lancée contre une population civile et en connaissance de cette attaque. Le meurtre, l'extermination, la réduction à l'esclavage, la déportation ou transfert forcé de la population, l'emprisonnement, la torture, le viol, esclavage sexuel ou prostitution forcée, les disparitions forcées de personnes, crimes d'apartheid, etc. <http://www.preventgenocide.org/fr/droit/statut/chap-a.htm#2>. Consulté en ligne, mars 2010

pour développer des outils d'aide aux décisions dans le domaine des services de santé aux populations affectées par la guerre et par d'autres catastrophes (Perrin, 1995). Il s'est avéré que dans les moments les plus critiques, ces gens ont besoin plus souvent de soins médicochirurgicaux, d'eau potable, d'alimentation ou encore des nécessités élémentaires d'hygiène et d'assainissement. Il s'agit des préoccupations de base sur lesquelles tous les intervenants de terrain insistent en cas d'urgence.

Malheureusement, ces crises durent généralement longtemps et leurs conséquences vont au-delà de ce que peuvent combler ces ressources de survie de première heure. Très rapidement, dans les semaines et mois qui suivent, les taux de mortalité dépassent énormément ceux normalement enregistrés dans la population générale. Par exemple, il a été démontré que la propagation de la tuberculose était fulgurante dans les populations récemment déplacées par la guerre (Barr & Menzies, 1994). D'autres causes de mortalité parmi les plus importantes sont la malaria, les maladies diarrhéiques dues à l'absence d'installations sanitaires, la rougeole, les infections respiratoires aiguës, et depuis récemment, le VIH-Sida (Cronin, Shrestha, Spiegel, Gore, & Hering, 2009; Degomme & Guha-Sapir, 2010; Kouadio, Koffi, Attoh-Toure, Kamigaki, & Oshitani, 2009; Spiegel, Hering, Paik, & Schilperoord, 2010). La prévalence élevée de malnutrition aiguë contribue évidemment à cette mortalité (Toole & Waldman, 1997).

La santé publique accorde aussi de plus en plus son attention aux impacts psychosociaux. Les traumatismes dus aux pertes et aux

souffrances des proches, la séparation des familles, le déracinement et le déplacement massif de la population ainsi que plusieurs problèmes connexes sont devenus des questions d'intérêt de santé publique (Carballo et al., 2004; Kett, 2005; Kim, Torbay, & Lawry, 2007). Généralement, dans ces « violences de masse³ », les survivants font souvent face à des situations extrêmement difficiles. Ils sont menacés de mort, poursuivis, blessés. Ils voient des cadavres, qui sont souvent des proches ; ils assistent au spectacle de la souffrance ou de mise à mort d'autrui, y compris des membres de leur propre famille (Ingrao, 2003; Josse & Dubois, 2009).

Ces violations se répercutent également sur les communautés et sur le système social entier. Il en résulte des systèmes profondément bouleversés dans lesquels les bases du droit, de la justice, et même de la morale sont fortement ébranlées (Grunewald & Laurence, 2001). Les communautés locales et toute la société deviennent pratiquement malades à cause de la persistance du climat social malsain. La recherche sociale et anthropologique démontre de plus en plus que l'impact des effets sociaux, politiques, physiques et psychologiques des déplacements massifs découlants des conflits civils peut être dévastateur pour la santé et le bien-être des individus et de la société en général (Kett, 2005; Pike, Straight, Oesterle, Hilton, & Lanyasunya, 2010).

³ Selon *l'Encyclopédie en ligne des Violence des Masses*, la notion de « violence de masse » désigne les phénomènes de destructivité humaine collective dont les causes sont principalement politiques, sociales et culturelles. Elle inclut l'ensemble des violences *de* et *dans* la guerre ou en temps de paix qui affectent-directement ou indirectement-les populations civiles. <http://www.massviolence.org> Consulté en ligne, mars 2010.

Depuis quelque temps, certains spécialistes de la santé publique n'hésitent pas à qualifier les impacts des violations massives des droits humains de dévastateurs sur plusieurs dimensions de la société qui interpellent directement autant les professionnels de la santé ayant un rôle à jouer dans la réduction et la prévention de ces violations que les politiques et les pratiques qui favorisent le droit à la santé (Gruskin, Mills, & Tarantola, 2007; Mann, 1998; Sidel & Levy, 2008). Les propos de Jonathan Mann, ancien responsable au sein de l'Organisation mondiale de la santé, illustrent bien cette affirmation. Il qualifie les violations massives des droits humains de « force pathogène » qui justifie en grande partie la distribution de la maladie et d'autres déficiences de santé au sein des populations exposées à ces crises majeures en ces termes :

«Considérons comment nous - vivant dans des conditions qui protègent généralement la dignité - nous réagissons quand il y a atteinte à notre dignité ; même brève, l'évocation de ce type de circonstance évoque des sentiments forts - de honte, d'humiliation, de dégoût, de colère, de tristesse - qui persistent aussi longtemps que le souvenir de l'événement. Que dire alors des effets sur le bien-être d'atteintes répétées et persistantes ! Les violations de la dignité [...] ont des effets si significatifs, si diffus et durables qu'elles peuvent représenter une force pathogène jusqu'ici méconnue, de capacité destructive à l'encontre du bien-être humain au moins égale à celle de virus ou de bactéries. Dans cinquante ans, la santé publique se tournera vers le passé et se demandera comment nous avons manqué de reconnaître cette force pathogène...».
(Mann, 1998); page 247)

Ainsi, jusqu'aujourd'hui, plusieurs experts en santé publique cherchent à comprendre davantage comment ces environnements sociaux

hostiles qui résultent des épisodes souvent chroniques de violence collective produisent des variations de santé au niveau des individus et des communautés (Pike, Straight, Oesterle, Hilton, & Lanyasunya, 2010). Notre étude se situe justement dans la continuation de cet intérêt croissant de santé publique à comprendre les impacts des « crises humanitaires »⁴ majeures qui découlent des guerres civiles. Nous voulons contribuer à documenter les conséquences directes et indirectes de la violence collective, en portant une attention particulière aux personnes déplacées à l'intérieur de leurs propres pays, avec le cas concret du Burundi. Depuis l'année 1993, le Burundi est plongé dans une crise politico-sociale sans précédent. Une violence aux relents de haine ethnique et de massacres a occasionné des centaines de milliers de morts et de déplacés internes contraints de quitter leurs foyers pour vivre dans des zones relativement moins exposées. Le terme « déplacés » désigne les survivants et rescapés des massacres, regroupés dans des camps de fortune à l'intérieur du Burundi. En 2001, plus de 10 % de la population du pays vivaient depuis sept ans dans des « camps de déplacés » éparpillés à travers le pays⁵. Plusieurs rapports émanant des organismes non gouvernementaux indiquent unanimement que ces années d'une guerre civile interminable ont eu un impact dévastateur pour ces personnes.

⁴ Selon l'encyclopédie en ligne Wikipedia, une crise humanitaire est un événement ou une série d'événements entraînant une menace importante pour la santé, la sécurité ou le bien-être d'une collectivité, généralement sur une zone étendue. Les conflits armés, les épidémies, les famines, les catastrophes naturelles et autres urgences majeures sont des crises humanitaires. Notre thèse se focalise exclusivement sur le premier point, avec en toile de fond les conséquences des guerres civiles.

⁵ Voir par exemple les rapports d'International Crisis Group disponibles sur www.crisisgroup.org sur le Burundi

L'objectif général de cette thèse est d'examiner l'état de santé des déplacés internes et d'en identifier les déterminants. Nous pensons que le mauvais état de santé des personnes déplacées n'est pas seulement attribuable aux événements traumatiques qui ont conduit les personnes dans les camps, mais également à l'environnement post-traumatique hostile dans lequel ils vivent. En empruntant aux travaux sur la santé mentale en général et le stress post-traumatique en particulier, nous allons montrer que la santé physique et sociale est, elle aussi, en piteux état à cause de cet environnement post-traumatique nocif. Nous pensons que les déplacés internes qui perçoivent continuellement que leur vie est menacée, qui exercent un faible contrôle social sur la situation et qui éprouvent des difficultés existentielles dans leurs ménages sont en moins bonne santé.

L'étude a été réalisée entre février et mars 2001 sur 618 personnes vivant dans deux camps suite aux massacres de 1993. Les résultats nous permettent d'apprécier particulièrement l'effet différentiel de santé attribuable aux événements traumatiques et à l'environnement post-traumatique. Ils permettent également, sur le plan pratique, de penser à un suivi de santé multidimensionnel pendant les longues périodes d'adaptation postconflictuelle.

1.2 Contexte de l'étude

1.2.1 Aperçu sociogéographique du Burundi

Le Burundi est un petit pays d'une superficie de 28 784 km². Il fait partie de l'ensemble géographique appelé la région des grands lacs africains.

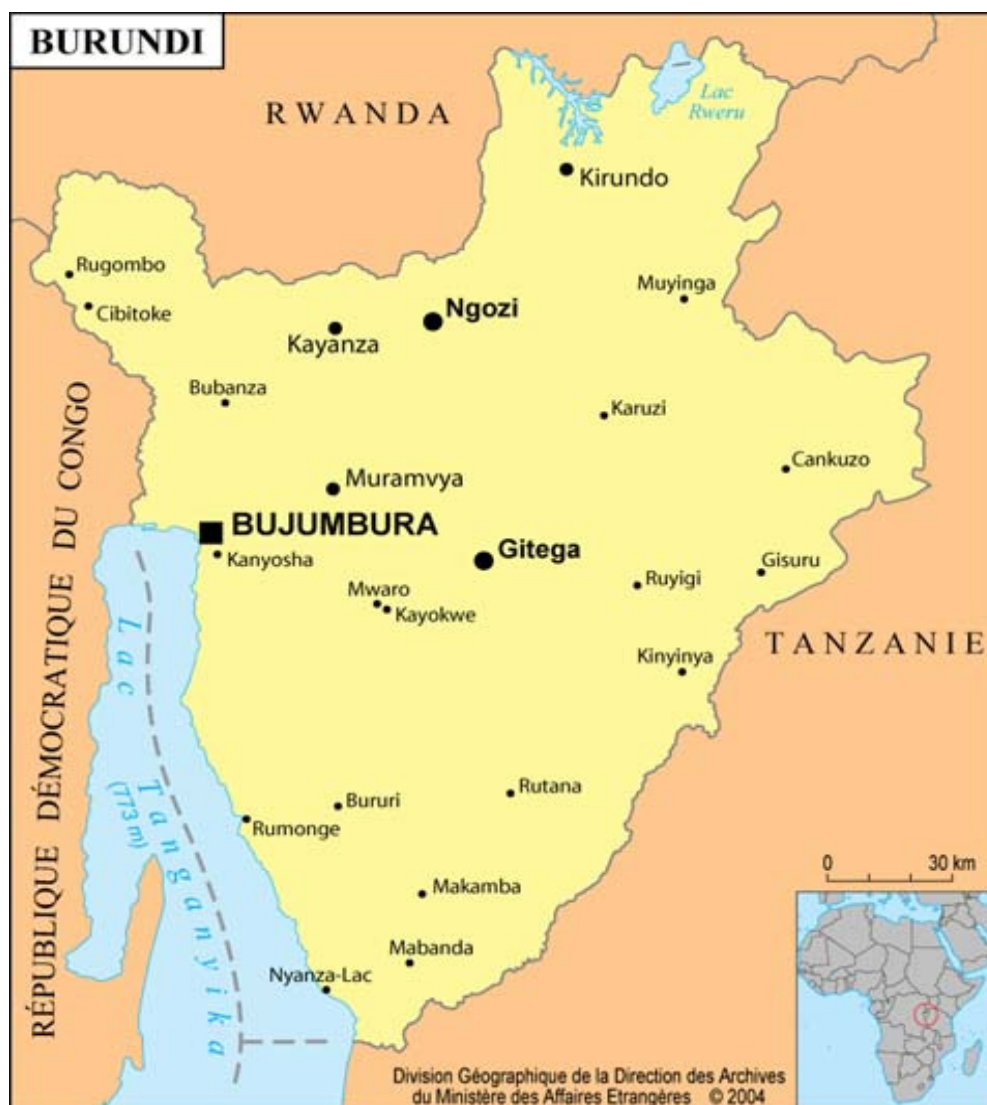


Fig.1 Carte du Burundi

Il est entouré au nord par le Rwanda (26 000 km²), à l'ouest par la République Démocratique du Congo (2 345 410 km²), au sud et à l'est par la Tanzanie (941 550 km²). C'est un pays de haute altitude. Les collines des plateaux centraux qui composent la majeure partie du territoire sont situées entre 1100 et 2000 m d'altitude et reçoivent jusqu'à 1650 mm de pluies par an. Les températures moyennes annuelles sont inférieures à 18°C. Les régions situées au-dessus de 2000 m d'altitude sont plus arrosées (2000 mm de pluies par an) et beaucoup plus fraîches, avec une température moyenne inférieure ou égale à 15 °C. Enfin, les plaines et les dépressions périphériques de basse altitude, environ 1000 m au dessus de la mer, connaissent un climat de type tropical avec une température moyenne supérieure à 23°C et des précipitations d'environ 600mm par an (Acquier, 1986). Ces régions de basse altitude ont été faiblement habitées jusque récemment à cause de plusieurs maladies tropicales telles que le paludisme ou la bilharziose.

Le Burundi compte une population de huit millions et demi d'habitants, soit une densité de plus de 300 habitants au km², la plus importante d'Afrique après celle du Rwanda. Selon plusieurs sources, les indicateurs socioéconomiques et de santé se sont carrément effondrés entre 1993 et 2002⁶. Les plus récents⁷ indiquent que ce pays est parmi les plus pauvres du monde avec un PIB de moins de 200 dollars américains par année et par habitant. Le taux d'alphabétisation, c'est-à-dire des gens

⁶Profil du système de santé du Burundi. www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/.../2827-burundi.html. Consulté en ligne, mars 2010

⁷ PopulationData.net. <http://www.populationdata.net/> (données de 2008)

qui savent lire et écrire, ne dépasse guère 40% alors que, selon l'UNESCO, les femmes à elles seules représentent plus de 70% des analphabètes. L'espérance de vie y est de 52 ans à peine, et le taux de mortalité infantile dépasse 60 pour mille.

La population parle essentiellement le Kirundi, la langue nationale (très proche d'ailleurs de la langue du Rwanda). Le français est la première langue étrangère apprise à l'école; elle est utilisée surtout dans l'administration et dans les milieux élitistes particulièrement universitaires. Introduit dès le premier cycle de l'enseignement secondaire, l'anglais talonne de plus en plus le français et pourrait le supplanter dans le prochain quart de siècle à cause de son importance grandissante dans la région des Grands Lacs. Quant au swahili, il prédomine surtout dans les quartiers populaires urbains et dans les centres commerciaux.

En résumé, nous parlons d'un petit pays très enclavé, très surpeuplé, dont la majeure partie de la population ne sait ni lire ni écrire et qui vit essentiellement en altitude, avec un climat plutôt frais.

1.2.2. Composantes ethniques du Burundi : deux pseudos-ethnies

L'intérêt de la thèse n'est pas de confronter les faits historiques, ethnographiques ou même politiques. Pour le lecteur intéressé, il existe plusieurs ouvrages publiés sur le Burundi qui documentent les faits depuis l'ère précoloniale jusqu'à l'époque contemporaine.

Dans cette section de la thèse, nous cherchons à faire comprendre au lecteur que ce que l'on a appelé « l'antagonisme Hutu-Tutsi » est une

affaire très récente au point que plusieurs instigateurs sont toujours en vie. Aucun historien ne rapporte un quelconque conflit à caractère ethnique avant les années 1960. Les premiers massacres ethniques connus et relativement documentés, quoiqu'il n'existe pas d'unanimité quant aux responsabilités des uns et des autres, ne remontent qu'à cette période seulement (Chrétien & Dupaquier, 2007).

Pour ce faire, nous nous sommes largement inspirés d'une analyse exhaustive et pertinente de Jean-Pierre Chrétien (Chrétien, 1995)⁸ éditée par Médecins Sans Frontières sur « les populations en danger, 1995 ». Dans son article, l'auteur jette la lumière sur les responsabilités historiques des colonisateurs belges et la récupération politique de la nouvelle élite autochtone. À notre connaissance, aucun chercheur n'a contesté la thèse avancée par ce dernier sur la genèse des clivages Hutu-Tutsi.

Aussi loin qu'on puisse remonter dans la période précoloniale, les Burundais ont toujours formé un seul et unique Peuple burundais. Toutefois, « *la population se composait de quatre catégories sociales qui vivaient ensemble, parlant la même langue et partageant la même culture : les Hutu, les Tutsi, les Twa et les Ganwa* » (Gahama, 2001). Alors que les deux premières sont suffisamment connues à travers les péripéties sanglantes qui ont marqué l'histoire récente du pays, les Twa vivent complètement en dehors des circuits politiques et socio-

⁸ Jean-Pierre Chrétien est historien, directeur de recherches au CNRS (Paris). Il est spécialiste de la région des Grands Lacs depuis une trentaine d'années. Il a publié plusieurs ouvrages sur le Burundi et le Rwanda.

économiques du pays. Quant aux Ganwa⁹, ils sont les descendants d'une ancienne dynastie, la « dynastie Ganwa », assimilés à tort aux Tutsi par la colonisation et plus tard par les régimes républicains qui ont succédé à la chute de la monarchie en 1966. Malgré cette catégorisation, aucune différence fondamentale ne les distingue réellement. Le kirundi est d'ailleurs la seule langue parlée par 100% de Burundais, sans véritables variantes régionales et encore moins « ethniques ».

S'exprimant donc sur les massacres du Burundi et le génocide récent du Rwanda, l'historien affirme qu'ils ont remis en lumière l'antagonisme entre les Hutu et les Tutsi, au point que la plupart des commentateurs ont parlé d'affrontements « interethniques ». Pourtant, ces deux groupes ne se distinguent ni par l'histoire, ni par la langue, ni par la religion, ni par l'habitat, ni même par les traits physiques, souvent mis en avant, qui opposeraient « une majorité de courts », les Hutus — et une « minorité de longs » – les Tutsi. Ce clivage « ethnique » ne renvoie donc pas à des différences culturelles ou à des différences phénotypiques ; il est le produit de l'histoire contemporaine.

Chrétien soutient qu'avant la colonisation, le Burundi et le Rwanda étaient de véritables nations, unies par la culture et par l'expérience politique de royaumes vieux de quatre siècles. Les traditions orales n'ont pas conservé, contrairement à ce qui s'écrit souvent, le souvenir

⁹ Le professeur Émile MWOROHA de l'Université du Burundi prétend, quant à lui, que les Ganwa seraient de l'ethnie Hutu, venus de Tanzanie. Voir Mworoha, E. (1977). *Peuples et rois de l'Afrique des grands lacs*, Dakar, NEA, 1977. Quant aux Ganwa eux-mêmes, ils revendiquent une identité propre à eux et se tiennent très souvent loin du conflit politique hutu-tutsi qui, malheureusement, ne les épargne pas lorsque les massacres cycliques surviennent.

d'invasions qui seraient à l'origine des clivages actuels : « L'histoire du peuplement de la région des Grands Lacs est certes complexe, mais elle nous renvoie deux millénaires en arrière et n'explique pas les drames du présent », écrit-il.

Le terme « Ubwoko » (catégorie) appliqué aux entités hutue et tutsie désignait des sortes de « super clans » dotés de vocations socio-économiques : les Tutsi pour l'élevage des bovins, les Hutu pour l'agriculture. En fait, ces deux groupes sociaux, héréditaires par voie paternelle, participaient à une même économie agro-pastorale. Ils étaient unis par des liens de mariage et de voisinage. Il n'y a jamais eu de région hutue ou tutsie.

Avec la colonisation (1890-1962), la société dite traditionnelle est caricaturée et manipulée sous l'influence des doctrines racistes de Gobineau¹⁰. Les Tutsi et les Hutu sont alors catalogués par les nouveaux maîtres comme deux « races » différentes : les premiers comme une race supérieure d'« envahisseurs hamites » venus du Proche-Orient par l'Éthiopie ou l'Égypte et les seconds comme des « nègres bantous » asservis aux premiers. Ce cliché racial est avancé notamment par l'administration et le clergé belges comme le modèle explicatif global de toutes les réalités culturelles, sociales et politiques des deux pays.

À l'époque de l'indépendance, au début des années 1960, le Rwanda et le Burundi héritent d'une situation empoisonnée, mais le pire selon Chrétien n'est pas inévitable. Malheureusement, les nouvelles élites

¹⁰ En référence à Arthur de Gobineau et son ouvrage intitulé *Essai sur l'inégalité des races humaines* (1853-1855).

reprennent aussitôt à leur compte les clichés introduits par les colonisateurs et la politique est très vite dominée par un intégrisme ethnique qui entretient le cycle des massacres. Dès lors, l'identification ethnique, à défaut d'être culturelle, s'enracine et se nourrit de la peur engendrée par les violences remémorées ou redoutées. Entre Hutu ou Tutsi aujourd'hui c'est, conclut Chrétien, se rappeler qui a tué ses parents il y a quinze ans et imaginer qui va tuer son enfant dans dix ans. Au Burundi comme au Rwanda, la population est désormais prise en otage d'un véritable cercle vicieux politico-ethnique.

1.2.3 Les massacres de 1993 : des « actes de génocide », selon l'ONU.

Nous rappelons encore que l'objet n'est pas d'établir des responsabilités et encore moins de faire le procès des acteurs de la crise burundaise. Il s'agit tout simplement de faire comprendre au lecteur l'atmosphère de haine ethnique, de peur et d'angoisse qui prévalait à l'époque des massacres et du déplacement massif des populations en 1993 et après. Notons que des massacres avaient eu lieu à quelques reprises, mais n'avaient pas enclenché le phénomène de déplacés internes. Toutefois, ceux de 1972 en particulier (un massacre de Tutsis par une rébellion hutue suivi de répression aveugle et extrême du pouvoir tutsi d'alors contre la population hutue) provoquèrent le plus grand exode de réfugiés burundais vers l'extérieur (Chrétien & Dupaquier, 2007).

Pour les besoins de notre étude, nous nous limiterons aux faits récents documentés par les organisations internationales. Selon diverses sources, un programme de démocratisation¹¹ décidé par le Président Buyoya sans préparation préalable de la population et de l'opposition d'alors suivi d'une campagne présidentielle sur fond de clivage ethnique, donne l'occasion aux extrémistes des deux principales ethnies du pays de raviver les peurs qui atteignent leur paroxysme aux élections présidentielles de juin 1993. Le président Buyoya, militaire et tutsi, perd les élections pour un civil, hutu, assassiné quelques mois plus tard par un groupe de militaires rebelles tutsis. Immédiatement, les politiciens extrémistes hutus réagissent en appelant au massacre des populations tutsies et de plusieurs familles hutues qui refusent de participer aux massacres des Tutsis. Dans le Rapport annuel de Médecins Sans Frontières sur les populations en danger en 1995, Chrétien décrit la situation comme suit :

« [...] Les hommes arrêtés (des adolescents aux vieillards) sont massacrés à coups de machette, leurs enclos sont brûlés, puis des familles entières (femmes, enfants, bébés, malades...) sont exterminées dans leurs maisons. Des enseignants et des fonctionnaires sont regroupés dans des bâtiments communaux et massacrés (brûlés vifs à Butezi par exemple). Des professeurs organisent eux-mêmes, avec l'appui de bandes venues des environs, la tuerie de collègues et d'élèves de leur établissement, comme à Giheta et à Rusengo. Des bandes de militants-tueurs, rameutées par des tambours et des sifflets, circulent à partir des communes les plus « conscientisées » vers le secteur où le « travail » a traîné, à bord de camionnettes de commerçants. Des médecins et leurs malades sont

¹¹ La démocratisation fait référence au multipartisme et à l'organisation des élections pluralistes. Les dernières élections de ce genre avaient eu lieu en 1965 !

*massacrés dans des hôpitaux (à Mutaho, Ntita, etc.). Des gens qui s'étaient réfugiés dans des couvents et des paroisses ne sont pas épargnés. Des prêtres sont tués. Les cadavres sont jetés dans les fosses d'aisances, dans les rivières ou laissés dans les cours et sur les sentiers. Des communes entières, comme **Ruhororo**¹², sont "purifiées" ethniquement". (Chrétien, 1995, p. 24)*

Plus de cent mille personnes furent ainsi tuées en quelques jours. Des gens ont perdu les membres de leurs familles, leurs voisins ou amis, parfois torturés et assassinés sous leurs yeux. Le 28 août 1995, le Conseil de sécurité des Nations Unies adopte la résolution 1012 (voir annexe VI) qui recommande au Secrétaire général des Nations Unies de nommer une Commission d'enquête chargée d'établir les faits concernant l'assassinat du président du Burundi le 21 octobre 1993, ainsi que les massacres et les autres actes de violence graves qui ont suivi. À l'issue de son enquête, la Commission de l'ONU conclut son rapport en ces termes¹³ :

"Les massacres Tutsi, loin de constituer uniquement une manifestation d'hostilité de la part d'un groupe politique ou ethnique contre un autre groupe étaient une tentative d'extermination totale de l'ethnie Tutsi. Les Tutsi n'ont pas été massacrés dans un accès de violence, mais systématiquement traqués. Que l'on ait, dans certains cas, laissé la vie sauve à des femmes Tutsi peut s'expliquer par le fait qu'au Burundi la femme ne perpétue pas l'ethnie car l'enfant appartient à l'ethnie de son père. Parfois, des Hutu ont été pris en otages en même temps que les Tutsi, mais il s'agissait uniquement de Hutu dont l'affiliation à l'UPRONA¹⁴ était notoire alors que dans le cas des Tutsi l'affiliation politique était indifférente. La plupart des Hutu de l'UPRONA ont certes subi de graves sévices, mais ils n'ont pas été tués. Les

¹² Nous soulignons intentionnellement pour attirer déjà l'attention du lecteur sur cette commune qui fait l'objet du volet empirique de ce travail.

¹³ Rapport des Nations Unies N° : S/1996/832, paragraphes 481 et 483, disponible à la page <http://www.un.org/News/fr-press/docs/1996/19960822.JAMEL.html>

¹⁴ Unité pour le Progrès National: ancien parti unique qui a dirigé le pays depuis 1962.

dirigeants qui avaient donné le coup d'envoi des massacres ici ou là n'ont cessé, dans leur fuite, de les susciter dans les endroits qui en étaient encore épargnés. La Commission estime que les éléments de preuve dont elle dispose suffisent à établir que des actes de génocide ont été perpétrés au Burundi contre la minorité Tutsi le 21 octobre 1993 et les jours suivants à l'instigation et avec la participation de certains militants et responsables Hutu du FRODEBU¹⁵ y compris au niveau des communes ».

Comme nous l'avons dit plus haut, cette tragédie n'a pas emporté que des Tutsis. Des massacres de Hutus ont été commis, par d'autres Hutus d'abord qui les accusaient de complicité avec les Tutsis, ensuite et surtout lors de la répression de l'armée, et enfin par certains survivants eux-mêmes organisés en bandes pour se venger. À ce propos, le rapport de l'ONU affirme :

« qu'il est établi que des éléments de l'armée et de la gendarmerie burundaises et des civils tutsis ont perpétré un massacre aveugle d'hommes, de femmes et d'enfants hutus. Si l'on n'a pas rapporté la preuve que la répression avait été planifiée ou ordonnée par les autorités centrales, il est constant que les autorités militaires à tous les échelons de la hiérarchie n'ont fait aucun effort pour prévenir, arrêter, réprimer de tels actes ou ouvrir une enquête sur ce sujet »¹⁶.

1.2.4 La situation des déplacés

Les massacres de 1993 ont alors provoqué un phénomène jusqu'à présent nouveau au Burundi : le déplacement massif des réfugiés à l'intérieur même du pays¹⁷. Selon un rapport émanant d'un groupe de travail conjoint

¹⁵ Front pour la Démocratie au Burundi: parti qui venait de gagner les élections en 1993.

¹⁶ *Ibid*

¹⁷ Selon certains analystes, les réfugiés de 1972 essentiellement hutus fuyaient vers l'extérieur la répression conduite par le pouvoir d'alors essentiellement tutsi. Au contraire, bien qu'ils soient

entre le gouvernement burundais et les organisations internationales travaillant sur place¹⁸, le nombre de déplacés internes vivant sur des « sites de déplacés » correspondait à plus de 10% de la population totale. Ils étaient très majoritairement de l'ethnie tutsie. Ce pourcentage pouvait varier énormément, en particulier lorsque l'instabilité, les rumeurs et la peur atteignaient certains pics comme au début des massacres (1993-1995) ou, plus tard, lors de l'intensification de la guerre civile sur la majeure partie du pays (2002-2005).

Plusieurs rapports et études réalisées dans les camps des déplacés burundais rapportent une situation sanitaire catastrophique. Leur état nutritionnel s'était littéralement dégradé. Selon « International Crisis group », en 1999, environ 350 000 personnes recevaient de l'aide alimentaire alors qu'au moins 40 000 d'entre eux étaient traités pour malnutrition grave dans les centres thérapeutiques. D'après l'évaluation réalisée par certaines organisations internationales sur place, comme l'Organisation mondiale de la santé, le Programme alimentaire mondial ou le Fonds des Nations unies pour l'alimentation, plus de 711 000 personnes vulnérables avaient besoin d'une aide alimentaire en 2002.

De plus, la prévalence des maladies transmissibles était très forte et la mortalité était dramatique en particulier chez les enfants et les personnes âgées (Eono, Migliani, Philippe, & Lamarque, 1995; Fournier,

orchestrés par les politiciens extrémistes hutus, les massacres de 1993 furent exécutés par de simples gens à l'encontre de leurs concitoyens tutsis qui cherchèrent alors la protection interne (d'un pouvoir pourtant hutu), l'armée était encore composée majoritairement de Tutsi.

¹⁸ Cadre Permanent de Concertation pour la Protection des Personnes Déplacées. Analyse de la situation des personnes déplacées au Burundi. Groupe Technique de suivi. Disponible à l'adresse http://www.idpproject.org/countries/burundi/reports/Analyse-situation-des-deplaces_DG_pdf

Mason, Peacocke, & Prudhon, 1999). En même temps, un rapport officiel du Ministère de la Santé du Burundi produit en 2000 stipule que la crise a également paralysé le système national de santé, en affaiblissant ou en éliminant les structures de supervision et en rendant toute planification et coordination effectivement impossibles. Plusieurs infrastructures de santé ont été totalement détruites. En outre, seuls des services rudimentaires sont rendus dans celles qui existent, étant donné un manque grave de médicaments essentiels, de vaccins, d'autres fournitures médicales et de personnel qualifié. La grande partie du personnel médical a été tuée, a disparu, a fui, ou a cherché refuge dans des zones urbaines pour plus de sécurité. En ce qui concerne les déplacés internes, le même ministère reconnaît que leur accès aux services de santé est très problématique alors que plusieurs maladies rares, voire même longtemps disparues, font leur réapparition dans les camps.

Enfin, en plus de ce qui précède, il faut souligner que l'environnement social lui-même n'était pas sécurisant. En effet, plus de dix ans après les massacres, une insécurité permanente persistait sur une grande partie du pays. La psychose d'attaques était perceptible surtout autour des camps de déplacés. Dans certaines localités, des cas d'embuscades et d'attaques de « bandes armées » avec pertes de vies humaines étaient régulièrement signalées sur les collines et les axes routiers (HRW, 2003) ¹⁹.

¹⁹ Note importante : la situation décrite est celle d'avant 2005. Depuis cette date, la configuration politico-militaire a changé. Les bandes armées, dont la plupart sont responsables des massacres de 1993, ont accédé au pouvoir. En 2008, il restait un seul mouvement encore en guerre, le

1.2.5 Que retenir de ce contexte?

Décrivant des situations analogues, plusieurs publications démontrent qu'un tel environnement physique, politique, économique et social génère un impact négatif majeur sur la santé des personnes exposées (Carballo et al., 2004; Depoortere et al., 2004; Lacopino & Waldman, 1999; Kett, 2005a, 2005b; Kim, Torbay, & Lawry, 2007; Porter & Haslam, 2005; Thapa & Hauff, 2005; Toole & Waldman, 1997). Dans le cas du Burundi, la description de la situation des déplacés internes burundais montre qu'ils font face à un environnement post-traumatique malsain. Le climat de violence, de peur et de frustration sociale est toujours présent. En plus, les déplacés sont dans un dénuement total par rapport aux besoins matériels fondamentaux tels que la nourriture, le logement, les soins de santé ou les infrastructures de base.

Malgré cette situation, très peu d'études ont été réalisées pour analyser l'état de santé des déplacés internes burundais et en identifier les facteurs associés. Les investigations menées ont concerné principalement des études cliniques portant sur la morbidité et la mortalité dues à certaines maladies transmissibles qui se propagent rapidement pendant ce genre de tragédies (Fournier et al., 1999; La Scola, Rydkina, Ndiokubwayo, Vene, & Raoult, 2000; Ndiokubwayo, Kinigi, & Gahimbare, 2000; Ndiokubwayo & Raoult, 1999). Quelques études sociologiques récentes menées dans la population générale montrent des

Parti de libération du peuple Hutu. Cependant, la plupart des déplacés n'ont jamais réintégré leurs villages d'origine.

indicateurs de santé pratiquement semblables à ceux d'au moins une vingtaine d'années en arrière pour la population générale et davantage pour les déplacés internes (Jeppsson, 2006; Niyongabo, Ndayiragije, Larouze, & Aubry, 2005; Wakabi, 2007).

Dans le chapitre qui suit, nous allons examiner de manière systématique et approfondie les publications sur la santé des populations déplacées à cause de la guerre. Nous pensons que les événements traumatiques de la guerre affectent l'état de santé. Nous avançons aussi qu'un environnement post-traumatique hostile comprend des facteurs susceptibles de « moduler » leur état de santé. Dans le cadre de cette recherche, nous identifierons certains de ces facteurs et analyserons leur éventuelle association avec l'état de santé des déplacés internes au Burundi.

1.3. Intérêt particulier de l'auteur

Avant de poursuivre, il me²⁰ semble utile de préciser ce qui suit. Je suis d'origine burundaise. Dans la logique ethniste qui gangrène le pays, je suis tutsi²¹. Je suis originaire de Musongati, une commune de la province Rutana au sud-est du Burundi. La commune Ruhororo où s'est déroulée l'étude se trouve tout à fait au nord du pays dans la province Ngozi. Je ne l'avais jamais visitée auparavant et n'ai aucun membre de la famille dans ce coin du pays.

J'ai quitté le Burundi en 1992, soit avant les massacres proprement dits de 1993. Je suis retourné pour la première fois en 1998 pour retrouver un pays complètement ravagé. Comme tant d'autres burundais, j'ai perdu des parents très proches, des voisins, des amis d'enfance, des camarades d'école, etc. Et cela, dans toutes les ethnies. À l'époque, j'ai vu des gens littéralement clocharisés, en haillons, dormant à la belle étoile sans rien pour se couvrir sous le climat plutôt froid du Burundi montagneux alors qu'ils étaient heureux et relativement prospères quelques années auparavant. En moins de dix ans, des gens que j'avais laissés bien portants, certains dans la fleur de l'âge, ressemblaient à des « cadavres ambulants ». J'ai lu sur leurs visages la tristesse, l'humiliation, la honte, la

²⁰ La première personne du singulier est utilisée dans cette section pour souligner le caractère personnel de son contenu

²¹ Ce que je conteste puisque je suis Ganwa, descendant direct (5e génération) du fondateur du Burundi moderne, le roi Ntaré Rugamba IV (1796–1850). Les Ganwa revendiquent une identité propre à eux. Ils se tiennent d'ailleurs très souvent loin du conflit politique hutu-tutsi qui, malheureusement, ne les épargne pas lorsque les massacres cycliques surviennent.

colère, la peur... L'idée de mener une recherche sur l'état des populations confrontées à la violence collective est probablement née à cette époque.

Les lignes qui précèdent constituent donc une mise au point destinée à éclairer le lecteur sur l'intérêt particulier que je porte à cette étude. Toutefois, j'affirme solennellement que cet intérêt n'a affecté aucunement mon jugement intellectuel et n'a jamais interféré dans le long processus qui a abouti à la présente thèse.

CHAPITRE 2 : ÉTAT DES CONNAISSANCES

L'état des connaissances présente une recension des écrits sur la santé des populations déplacées à cause de la guerre. Il s'articule autour de trois points. Dans un premier temps, il approfondit la notion de violence collective dans une perspective de guerre civile. Son impact direct et indirect sur des populations concernées est documenté. Nous abordons spécifiquement la situation particulière des déplacés internes, une catégorie distincte des réfugiés qui, paradoxalement, bénéficie moins souvent de l'attention de la communauté internationale alors qu'elle connaît autant – sinon plus – de problèmes de santé que ces derniers.

Dans un deuxième temps, la recension des écrits porte sur la question proprement dite de santé des déplacés de guerre. Les outils utilisés pour mesurer l'état de santé des déplacés sont passés en revue. L'apport des modèles issus de la psychologie sociale est particulièrement souligné. Les principaux résultats colligés par les études portant sur les victimes civiles de conflits, en particulier ceux du dernier quart du 20^e siècle, sont examinés.

Enfin, dans un troisième temps, nous analysons un débat récent qui concerne la mesure de l'état de santé des déplacés. Certes, l'état actuel des connaissances démontre que les événements traumatiques sont susceptibles d'affecter la santé des déplacés de guerre. Ceci constitue d'ailleurs une évidence scientifique qui n'est pas fondamentalement contestée. Cependant, une critique croissante prétend que certains

concepts utilisés découlent d'une vision occidentale qui laisse peu de place au contexte et à la réalité locale. Le courant « contestataire » allègue qu'il y a d'autres facteurs, sociaux, politiques, culturels ou environnementaux dont il faut tenir compte pour mesurer l'état de santé des déplacés de guerre. Nous analysons donc la nouvelle approche préconisée par ce courant et, à la lumière des arguments avancés, prenons notre position.

2.1. La violence collective

2.1.1 Définitions et importance de la violence collective

Au cours des dernières décennies, le phénomène de violence est devenu un sujet d'intérêt pour la santé publique. Dorénavant, c'est le principe même selon lequel « les actes de violence (...) relèvent d'un choix individuel » ou, à la limite, ne regardent que la famille où ils se produisent, qui était remis en question par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2002). Plus largement, certains spécialistes de la santé publique parlaient de violence en termes d'épidémie. Ils s'appuyaient sur des données de plus en plus étayées selon lesquelles la violence liée à l'augmentation importante des conflits civils dans les pays du tiers monde était souvent directement responsable de l'augmentation des cas de maladies contagieuses, de la malnutrition et des taux excessivement élevés de mortalité au sein des populations exposées²²(Toole, 1995;

²² Voir aussi les rapports hebdomadaires de morbidité et de mortalité du CDC (Central for Disease Control and prevention) au cours de la décennie 1990 où plusieurs états du tiers monde étaient en guerre civile. Disponibles en ligne sur <http://www.cdc.gov/>

Toole & Waldman, 1993, Toole, Galson, & Brady, 1993). D'autres travaux se sont même intéressés aux dimensions sociales, culturelles et politiques de ces conflits, de leurs impacts géographiques et écologiques, des conséquences sur la santé et le bien-être social, etc. (Kalipeni & Oppong, 1998; Pedersen, 2002; Summerfield, 1997; Zwi & Ugalde, 1989). Aujourd'hui encore, le phénomène de violence reste au cœur de l'actualité scientifique. D'aucuns pensent que le problème de violence, de par ses conséquences sociomédicales, constitue une problématique prioritaire de santé publique (Rutherford, Zwi, Grove, & Butchart, 2007b) et devrait, selon certains, faire partie intégrante de la médecine sociale (Schraiber, D'Oliveira, & Couto, 2006).

Entre temps, devant l'ampleur du problème et de son importance au niveau mondial, l'Assemblée mondiale de la santé — organe directeur suprême de l'OMS — déclarait solennellement et pour la première fois, dès 1996, que la violence constitue une préoccupation majeure en santé publique. Pour marquer l'importance que l'organisme mondial entendait accorder à ce phénomène, l'Assemblée de 1996 adoptait en même temps une définition officielle selon laquelle la violence est : *« une menace ou une utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations »* (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002). Cette définition englobe

en soi plusieurs types de violence et couvre très largement les conséquences attendues de la violence.

Pour donner suite à l'engagement de 1996, l'OMS a publié en 2002 une importante étude portant sur la violence et la santé, une publication qui sert encore aujourd'hui de référence mondiale en la matière (OMS, 2002). Faisant écho à cette étude, un glossaire de définitions et des concepts couramment utilisés dans les interventions en santé publique est même publié (Rutherford, Zwi, Grove, & Butchart, 2007a). En nous inspirant de l'étude de l'OMS, nous soulignons dans les prochains paragraphes quelques données qui mettent en évidence — dans une perspective de santé publique — l'importance de la violence collective dans les pays du tiers monde en comparaison avec les pays développés.

Dans cette étude, les experts développent notamment une typologie de violence en trois grandes catégories à savoir : la violence auto-infligée, la violence interpersonnelle, la violence collective. Cette typologie s'inspire du modèle écologique développé par Bronfenbrenner (1979)²³. Selon le schéma (fig.2) présenté dans le rapport de l'OMS précité, le modèle (aujourd'hui classique) est représenté par une série d'ellipses imbriquées les unes dans les autres, symbolisant les niveaux d'interactions et d'influences entre les individus et les nombreux environnements auxquels ils appartiennent. La violence serait alors le produit de ces influences exercées sur le comportement à de multiples niveaux : individuel, relationnel, communautaire ou sociétal.

²³ Pour une lecture complète, du modèle: Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press

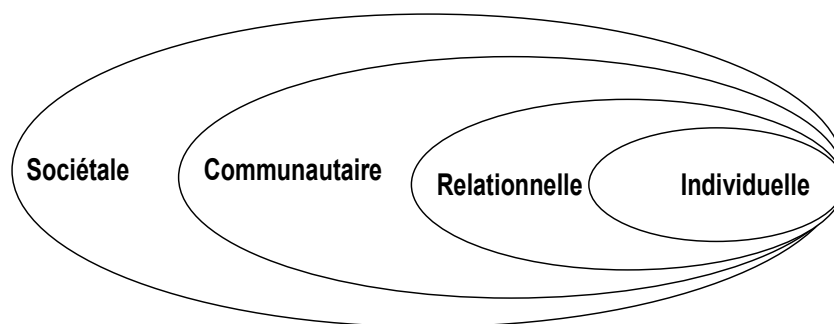


Figure 2. Modèle écologique servant à comprendre la violence (Source : OMS 2002)

Au niveau individuel, le modèle proposé vise à cerner les facteurs biologiques et ceux liés à l'histoire personnelle qui influenceraient certains comportements. Ces facteurs, en plus des caractéristiques sociodémographiques, expliqueraient grandement le risque que la personne soit victime de violence. Ensuite, il s'agirait de déterminer en quoi les relations sociales proches – par exemple, les relations avec les pairs, les partenaires intimes et les membres de la famille – feraient augmenter le risque d'être victime ou auteur de violence. Le niveau communautaire s'intéresse quant à lui aux contextes dans lesquels sont ancrées les relations sociales, comme l'école, le lieu de travail et le voisinage. Enfin, au niveau sociétal, le modèle s'intéresse notamment aux facteurs qui créent un climat de violence ou qui perpétuent un fossé entre différents segments de la société, ou des tensions entre différents groupes ou pays.

Si la question de la violence se pose globalement comme un défi planétaire en matière de santé publique, la violence collective constitue un

lourd fardeau pour la santé dans les pays pauvres, plus particulièrement en Afrique. Selon le rapport mondial sur la violence et la santé, la guerre a occupé le 11^{ème} rang des causes de mortalité en Afrique en 2000, représentant 1,6% de tous les décès du continent (tableau I). Avec plus de 10 millions de décès par an en Afrique, le nombre absolu de personnes emportées par la violence est donc considérable. En comparaison, le poids de la guerre sur la santé des populations des pays développés est quasi inexistant alors que la part du suicide par exemple relativement faible dans les pays pauvres y occupe une place importante (1,5% de tous les décès).

Tableau I : Comparaison entre le classement de décès imputables à la violence en Afrique et dans les pays développés (Source OMS, 2002).

	Afrique		Pays développés	
	%	Rang	%	Rang
Guerre	1,6	11	< 0,0	61
Homicide	1,1	14	0,3	35
Suicide	0,3	42	1,5	13

Adapté du Rapport mondial sur la violence et la santé

Une tendance similaire est observée lorsqu'on considère la charge globale de la violence collective en termes d'années de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI, plus communément désigné par son acronyme en anglais DALY : disability-adjusted life years). L'AVCI est un indicateur qui intègre les notions de mortalité et de morbidité. Il permet d'estimer le nombre d'années de vie en bonne santé perdues à cause d'une incapacité ou d'un décès prématuré. Cela veut dire, en ce qui a trait à notre sujet par exemple, les années de vie potentielle perdues par suite d'un décès

prématuré à cause de la violence d'une part, et les années de vie productive perdues du fait de l'incapacité résultant de la violence d'autre part (Granados, Lefranc, Reiter, Gremy, & Spira, 2005). Ainsi, on note que la guerre se situe encore une fois à la 11^e position en Afrique, que la violence interpersonnelle y est également élevée, mais que la violence auto-infligée y est nettement insignifiante par rapport à l'occident.

Tableau II : Comparaison entre les classements de DALY imputables à la violence en Afrique et dans les pays développés (Sources : OMS, 2002)

	Afrique		Pays développés	
	%	Rang	%	Rang
Guerre	1,6	11	< 0,0	88
Violence interpersonnelle	1,0	15	0,7	31
Blessures auto-infligées	0,2	58	2,0	12

Adapté du Rapport mondial sur la violence et la santé

L'Organisation mondiale de la santé a spécifié ce qu'elle entend par violence collective ayant des objectifs politiques. La définition de l'OMS réfère à une « *utilisation instrumentale de la violence par des personnes qui s'identifient comme membres d'un groupe, que ce groupe soit temporaire ou qu'il ait une identité plus permanente, contre un autre groupe de personnes, afin d'atteindre des objectifs politiques, économiques et sociaux* » (OMS, 2002, p.239). Cette thèse porte précisément sur les conséquences de ce type de violence et exclut donc celles de toutes les autres formes de violence organisée sans objectifs politiques telles que les gangs, le vandalisme de masse ou le crime organisé lié au banditisme.

2.1.2. La guerre, et ses conséquences, en tant que violence collective.

La violence collective survient principalement par les guerres, le terrorisme et les autres conflits politiques violents qui se produisent à l'intérieur des États ou entre les États. La violence organisée est le fait d'États ou de groupes de populations dominants, souvent démographiquement ou politiquement, contre d'autres groupes de populations. C'est le cas des génocides, de la répression, des disparitions et de plusieurs autres formes d'atteinte aux droits et à l'intégrité des personnes. Bien que la médecine, à travers la chirurgie militaire ou les interventions de la Croix-Rouge Internationale par exemple, s'occupe des effets de la violence collective depuis fort longtemps, l'intérêt du phénomène pour la santé publique ne date que des années 1970, après la guerre du Biafra au Nigeria (Brown, 1969; Waldman, 2001a). Des enseignements issus de cette guerre servirent de leçons et de bases d'élaboration des programmes d'interventions de santé en cas de violence collective. Aujourd'hui, autant à cause de la multiplicité des conflits que de nombreuses leçons qui en découlent, la piste empruntée par la violence collective est de plus en plus comprise. L'angle de santé publique privilégié par l'OMS est interdisciplinaire : sa méthodologie fait intervenir plusieurs disciplines telles que la médecine, l'épidémiologie, la sociologie, la psychologie, etc.

L'organisme recommande que la santé publique se préoccupe constamment d'un certain nombre de facteurs connus, susceptibles de conduire à l'éclatement de conflits violents dans la société et à l'effondrement des États. Ces facteurs sont d'ordre politique (absence de processus démocratique, inégalité d'accès au pouvoir), économique (répartition extrêmement inégale des ressources, inégalités d'accès aux ressources, contrôle sur les principales ressources naturelles), communautaire et sociétal (inégalité entre les groupes, fanatisme de groupes ethniques, nationaux ou religieux) et démographique (évolution démographique rapide).

L'OMS rapporte aussi que les situations de violences collectives entraînent les conséquences suivantes : le déplacement des populations, la destruction des réseaux sociaux et d'écosystèmes, l'insécurité dans laquelle vivent les civils et d'autres gens qui ne se battent pas et les atteintes aux droits de l'Homme. Nous avons déjà souligné plus haut que, bien avant ce rapport, plusieurs spécialistes de la santé publique avaient déjà démontré que les conséquences de santé publique de la violence collective ont des effets néfastes dans la société. Elles se traduisent notamment, selon ces spécialistes, par une augmentation quasi exponentielle de la mortalité et de la morbidité consécutives à la décomposition absolue des services de santé, à la destruction souvent systématique des services publics d'approvisionnement en eau et d'hygiène, au déplacement massif des populations et ses corollaires, à l'accroissement des maladies transmissibles et nutritionnelles, etc.

(Waldman, 2001a; Toole, 1995; Toole, Galson, & Brady, 1993; Zwi & Ugalde, 1989).

Dans un premier temps, les effets directs de la violence se traduisent par des blessures physiques et des décès pouvant atteindre des proportions énormes dans la population locale, et même à l'échelle nationale. Par exemple, dans les publications portant sur les conflits de la décennie 90, certains chiffres sont ahurissants. Ainsi au Rwanda, plus d'un million de personnes ont été massacrées en 100 jours seulement, soit près de dix mille individus assassinés par jour (Verwimp, 2004). Dans les Balkans, (Bosnie, Croatie, Kosovo, etc.), les études publiées à l'époque du conflit font état de plusieurs centaines de milliers de personnes tuées, blessées ou handicapées de façon permanente (Horton, 1999; Spiegel & Salama, 2000). Au Soudan, des études épidémiologiques menées dans quelques camps de déplacés du Darfour indiquent que les taux de mortalité imputables uniquement à la violence avant leur arrivée aux camps représentaient 68 à 93% de tous les décès et que la violence continuait à les frapper à cause de l'insécurité entourant les camps (Brown et al., 2002; Depoortere et al., 2004; Wakabi, 2008).

Au total donc, la guerre en Afrique est responsable de plus de la moitié de tous les décès causés par l'ensemble des conflits dans le monde entier. Au cours de l'année 2000 par exemple, 167 000 des 310 000 décès, soit près de 54% de tous les individus ayant succombé à leurs blessures de guerre à travers le monde, ont été répertoriés en Afrique seulement (tableau III).

Tableau III : Décès en 2000 (en nombres absolus arrondis) imputables à des blessures de guerre par sexe selon les régions de l'OMS (Source : OMS, 2002).

	(en milliers)	Hommes	Femmes
Afrique		122	45
Amériques (toutes)		2	<1
Méditerranée orientale		29	10
Europe		30	6
Asie du Sud-est		49	14
Pacifique occidental		1	1
Total par sexe		233	77
<i>Total des décès par blessures de guerre</i>		<i>310 (dont 167 en Afrique)</i>	

Adapté du Rapport mondial sur la violence et la santé

À côté de nombreux morts et blessés dont certains restent handicapés toute leur vie, les survivants se retrouvent dans un environnement physique et psychosocial qui n'est pas le leur, souvent hostile et nocif pour la santé. Ce dernier peut être à la base d'une multitude de conditions qui favorisent le développement des maladies infectieuses, transmissibles ou nutritionnelles, des problèmes de santé maternelle et infantile, une détérioration de la santé physique et mentale, etc. (Cameron, Purdie, Kliwer, & McClure, 2006; Murray, King, Lopez, Tomijima, & Krug, 2002; Thapa & Hauff, 2005; Willis & Levy, 2000). L'augmentation de la morbidité et de la mortalité causée par les maladies infectieuses et transmissibles est notamment imputable à la diminution de la couverture vaccinale, aux mouvements de populations et au surpeuplement des camps, à une plus grande exposition aux vecteurs et aux risques environnementaux comme l'eau polluée, à la réduction des campagnes de santé publique et des activités d'information et au manque d'accès aux services de soins de santé (Krug et al., 2002; OMS, 2002; Wakabi, 2008).

Des séquelles physiques et psychologiques peuvent résulter de la torture physique et morale, des viols et agressions sexuelles souvent commis en période de guerre civile. Elles sont très graves sur le plan de la santé et engendrent même souvent une stigmatisation sociale nuisible au bien-être de l'individu ou au groupe social ciblé (Basoglu et al., 2005; Basoglu, Paker, Ozmen, Tasdemir, & Sahin, 1994; Somasundaram & Sivayokan, 1994). Le tableau suivant résume ces impacts à la santé pouvant frapper les populations exposées à la violence collective.

Tableau IV. Impacts directs des conflits sur la santé (Source : OMS, 2002).

Impact sur la santé	Causes
Mortalité accrue	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Décès principalement liés à des armes ❑ Décès dus à des maladies infectieuses (ex. rougeole, paludisme, tétanos) ❑ Décès dus à des maladies non transmissibles (ex. asthme, diabète)
Morbidité accrue	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Blessures par armes, mutilations dues aux mines antipersonnel, brûlures ❑ Morbidité associée à d'autres causes externes, y compris la violence sexuelle ❑ Maladies infectieuses (eau, vecteurs, maladies transmissibles comme la TBC) ❑ Santé génésique (mortalité élevée, bébés de petit poids) ❑ Nutrition (malnutrition aiguë et chronique et autres troubles liés à la carence) ❑ Santé mentale : angoisse, dépression, état de stress post-traumatique.
Incapacité accrue	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Physique ❑ Psychologique ❑ Sociale

Enfin, les conséquences des violences collectives ne sont pas seulement directes. Les conséquences indirectes de la violence collective comprennent particulièrement le déplacement massif des populations. À terme, l'impact de ce déplacement se traduit lui aussi par un mauvais état

de santé des victimes déversées dans un nouveau contexte social et environnemental (Toole & Waldman, 1997; Toole, 1995). La section qui suit traite de la situation des déplacés internes, une catégorie particulière des réfugiés.

2.1.3 La problématique des déplacés internes

Le nombre de personnes fuyant pour sauver leur vie et forcé d'abandonner leurs maisons et communautés à cause de la guerre, de la violence politique et des menaces de mort ne cesse d'augmenter. Selon une enquête du Comité américain pour les réfugiés²⁴, on dénombrait, au 1er janvier 2002, 14,9 millions de réfugiés et 22,5 millions de déplacés internes dans le monde. On disait alors que c'était le nombre le plus important de déplacés depuis plusieurs années. L'enquête précise que près de la moitié des déplacés internes dénombrés vivaient en Afrique. Le rapport annuel du Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), intitulé : « *Tendances mondiales* », signale qu'il y avait 11,4 millions de réfugiés et 26 millions de personnes déplacées internes à travers le monde à la fin de 2007 (UNHCR, 2008).

À l'image de ces chiffres, il est établi que le déplacement massif des populations civiles constitue aujourd'hui l'une des conséquences majeures des violences collectives (Porter & Haslam, 2005). La Communauté internationale fait une distinction très nette entre réfugiés et déplacés internes. Les victimes ne sont considérées comme réfugiées au

²⁴ USCR (2001). *Le nombre de réfugiés dans le monde augmente*.
<http://usinfo.state.gov/regional/af/security/french/f1062003.htm> (disponible le 01/07/02)

sens de la Convention internationale que si elles traversent les frontières internationales. La Convention de Genève de 1951 sur le statut des réfugiés définit un réfugié comme étant une personne qui, *« craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays »* (UNHCR, 2007, page16). Le réfugié doit donc se trouver « hors » de son pays d'origine, et le fait d'avoir fui et d'avoir traversé une frontière internationale est fondamental pour avoir la qualité de réfugié (UN, 2009).

Dès lors, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) dispose d'un mandat international pour protéger et sauvegarder le bien-être des personnes déplacées. En général, les réfugiés sont accueillis dans un autre pays qui leur offre un abri, de la nourriture et un lieu où ils seront en sécurité. Ils sont protégés par un ensemble de lois et de conventions internationales bien définies. À long terme, le HCR peut procéder au rapatriement dans le pays d'origine, à l'installation dans le pays d'accueil ou à la réinstallation dans un pays tiers.

Contrairement aux réfugiés, les déplacés intérieurs ne bénéficient pas de la protection du HCR. Ce sont des gens qui, pour des raisons similaires à celles évoquées par les réfugiés, fuient leur milieu de résidence sans toutefois traverser la frontière de leur état d'origine Fig.3).

Ils ont donc été forcés de fuir à l'intérieur de leur propre pays et restent, par conséquent, citoyens de leur État.

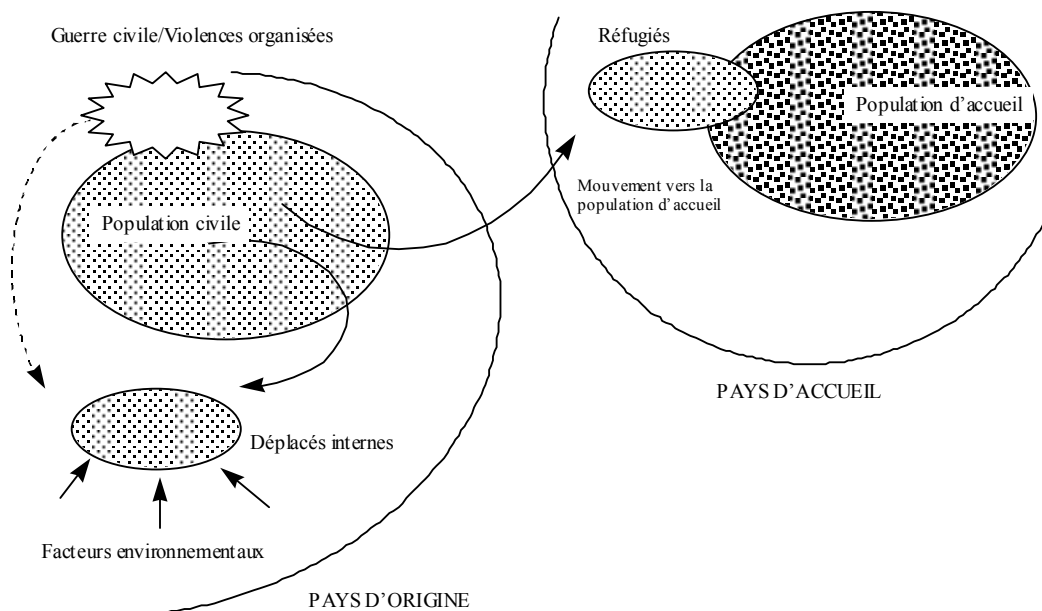


Figure 3 : Représentation schématique des déplacements massifs en cas de guerre civile

Depuis quelques années, il y a eu un débat international très intense au sujet du manque de standards internationaux pour la protection des déplacés internes. Le débat a abouti, récemment, à l'élaboration de « *Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays* » (Lavoyer, 2008). Ces principes réunissent dans un même document des éléments de trois branches du droit international public (droit humanitaire, droits de l'homme et droit des réfugiés). Cependant, ils n'ont pas de statut juridique spécifique et ce sont en premier lieu les gouvernements concernés et les autorités locales qui doivent les prendre en charge. Il est toutefois fréquent que ces derniers ne

puissent pas ou ne veulent pas assumer cette responsabilité. »²⁵ Par ailleurs, ce document comporte plusieurs lacunes. Les besoins spécifiques des personnes déplacées ne sont pas pris en compte notamment dans certaines situations telles que les troubles intérieurs, le retour des personnes déplacées dans des conditions de dignité et de sécurité, le droit de chercher refuge dans un endroit sûr, la restitution des biens des déplacés, ou même le droit à obtenir des documents officiels, une condition souvent indispensable pour l'accès aux services publics (Lavoyer, 2008). En attendant d'autres développements, l'ONU « *s'efforce, en dialoguant notamment avec les gouvernements concernés, d'améliorer la situation des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays* »²⁶.

Cela étant dit, la distinction entretenue pendant longtemps par la communauté internationale entre les réfugiés au sens conventionnel et les déplacés intérieurs constitue un « non-sens » constamment dénoncé d'autant plus qu'elle comporte des conséquences non négligeables, notamment en matière de santé publique (Aaby et al., 1999; Salama, Spiegel, & Brennan, 2001). D'emblée, il faut remarquer que contrairement à une connaissance scientifique relativement abondante en ce qui a trait à la santé des réfugiés (voir par exemple les études sur les réfugiés de l'Asie du Sud Est dans les années 60 et 70), celle qui traite la question spécifique des déplacés est très récente et peu fournie. Dans les années 90, un certain nombre d'auteurs en santé publique ont souligné explicitement que la grande majorité des études qui traitent de la

²⁵ Confédération Suisse : Réfugiés et déplacés internes.

<http://www.eda.admin.ch/eda/fr/home/topics/human/hum/refco.html>. En ligne le 15 mars 2010.

²⁶ Ibid.

problématique de santé des populations lors des crises humanitaires portent sur les réfugiés au sens classique même s'il apparaît souvent que les besoins des deux catégories de population se ressemblent et tendent même à empirer pour les personnes qui n'ont pas traversé la frontière de leur pays (Salama, Spiegel, Talley, & Waldman, 2004; Toole & Waldman, 1997; Toole & Waldman, 1990, 1993; Van Damme, 1995; Waldman, 2001b).

D'abord, puisqu'ils ne sont pas dans un environnement d'accueil neutre où ils peuvent se sentir en toute sécurité, l'avenir immédiat des déplacés internes est incertain selon le terme même du HCR. Souvent, étant donné que leur sort reste dans les mains du gouvernement de leur pays, ils peuvent faire l'objet de toutes sortes de manipulations politiques et sociales susceptibles d'aggraver leur situation. Ainsi, les déplacés internes continuent de vivre dans la peur – très souvent justifiée - de mourir par violence. Par exemple, au Soudan, Brown et collaborateurs (Brown et al., 2002) rapportent que pendant le laps de temps (du 21 janvier au 8 avril 2001) où ils étudiaient la principale cause de mortalité dans un camp de déplacés, 13% de la population à l'étude a succombé ; la quasi-totalité de ces décès (94%) était attribuable aux conséquences directes de la violence (massacres, assassinats, blessures). De plus, 9% de la population totale du camp avait disparu, tuée ou kidnappée par les milices. En Ouganda, pays voisin où les populations subissent continuellement des attaques croisées du « Lord's Resistance Army » (un mouvement de guérilla) et de l'armée régulière ougandaise, une étude

conduite par Médecins Sans Frontières, entre juin et décembre 2003, démontre qu'entre les deux dates, environ 7% des personnes interviewées la première fois étaient décédées. Tout comme au Soudan, près de la moitié était attribuable à des événements violents : balles, machettes, personnes battues à mort ou brûlées (Nathan, Tatay, Piola, Lake, & Brown, 2004).

En matière de santé mentale, plusieurs études indiquent que les déplacés internes constituent une catégorie de personnes très vulnérables. Par exemple, une étude portant sur la prévalence de la morbidité psychiatrique attribuable à la guerre du Kosovo démontre que les déplacés internes présentent une forte détérioration de leur état de santé mentale par rapport aux réfugiés qui ont réussi à traverser la frontière et, également, par rapport aux gens qui n'ont jamais quitté leur domicile (Lopes Cardozo, Vergara, Agani, & Gotway, 2000). Selon cette étude, les gens qui n'ont jamais quitté leur domicile avaient connu moins d'événements traumatiques (5,4 événements par personne en moyenne) que les réfugiés (6,9 événements par personne), alors que les déplacés internes en avaient connu encore davantage (en moyenne 9 événements traumatiques par personne). Les auteurs avancent, par ailleurs, que les déplacés internes se sentent constamment en danger de persécution et souffrent, de ce fait, de traumatisme continu. Certes, les réfugiés ont la même perception du danger ; cependant, celui-ci finit par s'estomper lorsqu'ils retrouvent la sécurité dans un pays d'accueil. Quant à ceux qui ne quittent pas leurs résidences, Lopes-Cardozo et ses collègues (2000)

estiment qu'ils appréhendent moins de danger et se sentent par conséquent dans un environnement moins hostile.

Une étude semblable menée auprès de 64 réfugiés et 72 déplacés internes d'origine yougoslave indique de manière significative, que les déplacés ont connu plus d'événements traumatiques que les réfugiés, particulièrement dans le sous-groupe des femmes (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi, & Calhoun, 2003). Par ailleurs, ils ont en moyenne plus de symptômes de stress post-traumatique, mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif. Enfin, d'autres chercheurs en sont arrivés également à la conclusion de vulnérabilité en matière de santé mentale chez les déplacés internes après avoir identifié des taux excessivement élevés de détresse psychologique (Thapa & Hauff, 2005).

Dans tous les cas, comme les réfugiés, les déplacés internes doivent s'adapter notamment aux nouvelles conditions socio-économiques et environnementales ainsi qu'à l'impact psychosocial du déracinement. Kett (2005) affirme que la situation ambiguë dans laquelle les déplacés internes sont peu — ou pas du tout — protégés par le droit national et international constitue en soi une source considérable d'insécurité et de vulnérabilité. Selon cette chercheuse, les déplacés internes sont d'autant plus vulnérables qu'ils sont confrontés pendant longtemps au dilemme de savoir s'il faut retourner à la maison, s'établir sur le nouveau site de déplacement ou, pour les rares qui en ont la possibilité, immigrer dans un autre pays. Elle souligne par ailleurs que les personnes déplacées ne constituent pas une catégorie sociale ou politique homogène, d'où la

difficulté de se faire entendre. D'autres questions — telle que la propriété, la terre, le logement, les tensions environnementales, l'assistance sociale, etc. — surgissent alors et compliquent la situation, les forçant à faire face constamment, minant de ce fait la qualité de leur vie. Il faut rappeler que leur protection par des instruments internationaux spécifiques est lacunaire, que les conventions ne s'appliquent pas à eux et que les donateurs sont souvent réticents à leur venir en aide (MacNamara, 2005).

Sur le plan de la santé physique, les programmes mis en place dans la plupart des camps de déplacés internes sont souvent précaires, insuffisants ou tout simplement inaccessibles. L'une des raisons est que les camps sont souvent situés dans des zones difficiles d'accès ou soumises à des rivalités politico-militaires. Conséquemment, les besoins les plus élémentaires de santé sont rarement considérés (Salama, Spiegel, Talley, & Waldman, 2004). En matière de protection de la santé, on évoque des cas de malnutrition, de rougeole, de maladies diarrhéiques, d'infections respiratoires aiguës ou de malaria. Ce sont des causes importantes de mortalité chez les déplacés internes alors qu'on arrive normalement à prévenir les conditions de leur apparition ou de leur propagation dans les camps de réfugiés (Waldman, 2001). Ainsi, au Soudan en 2003, les rapports épidémiologiques rapportent une grande chute de la couverture vaccinale et un taux de mortalité élevé (par la rougeole en particulier) des enfants déplacés, lorsque la sécurité était au plus bas niveau avant l'intervention massive des organismes onusiens

dans les camps l'année suivante²⁷. Entre temps, ces derniers prenaient régulièrement en charge les réfugiés soudanais établis au Tchad.

En résumé, malgré un intérêt de la communauté internationale (politique en particulier) peu marqué pour les déplacés internes, leur santé est au moins aussi vulnérable que celle des réfugiés. La communauté scientifique commence à peine à s'intéresser à la problématique. Cela étant dit, que la violence collective conduise les populations exposées vers l'intérieur ou vers l'extérieur des frontières nationales, les impacts négatifs de ces déplacements sur la santé physique, psychologique et sociale demeurent excessivement préoccupants. Dans la prochaine section, nous analyserons différentes études qui portent sur ces dimensions de la santé au sein de la population déplacée par la guerre, sans distinction fondamentale entre les sous-catégories (réfugiés ou déplacés internes). D'ailleurs, étant donné que les publications scientifiques sur les déplacés internes sont peu abondantes, nous utiliserons la plupart du temps la documentation disponible sur les réfugiés.

2.2. La mesure de l'état de santé des déplacés de guerre

2.2.1 Les modèles explicatifs de la santé

L'analyse des études portant sur l'association entre les événements traumatiques et la santé des personnes exposées nous amène dans le champ de la psychologie de la santé. Cela nécessite, de ce fait, une large

²⁷ Voir plusieurs rapports du CDC sur le Soudan en 2004 (<http://www.cdc.gov/>)

sous-section d'introduction permettant de passer en revue les principaux fondements théoriques de cette discipline. Nous reviendrons ensuite à l'état des connaissances de la santé des déplacés à travers les différents modèles et instruments utilisés pour la mesurer.

La psychologie de la santé — approche qui vise à intégrer les dimensions psychologiques et sociales dans la compréhension de la santé et de la maladie — est une discipline récente. Elle fut fondée à la fin des années 1970 par l'association américaine de psychiatrie (APA) et « officialisée » dans les années 1980 tant aux États-Unis qu'en Europe (Paulhan & Bourgeois, 1998). Ses enjeux scientifiques, mais aussi sociopolitiques dans le domaine de la santé mentale ont suscité, très rapidement, beaucoup d'intérêt dans les milieux spécialisés (Tremblay & Poirier, 1989). Ses fondements théoriques sont basés sur l'intégration des principaux modèles qui ont marqué le 20^e siècle concernant les maladies organiques : le modèle biomédical, le modèle épidémiologique, le modèle psychosomatique et, plus récemment, les modèles biopsychosocial et interactionnel (Bruchon-Schweitzer, 2002; Rodin & Salovey, 1989).

2.2.1.1 La thèse de Selye et le modèle biomédical

Pendant longtemps, l'association entre les événements traumatiques et la santé des individus exposés a été considérée sous l'angle dit traditionaliste, issu de la thèse de Selye (1939, 1956, etc.)²⁸ qui stipule qu'un événement traumatique est associé à un problème de santé,

²⁸ Hans Selye a publié depuis 1939 de nombreux articles et ouvrages dont l'un des plus célèbres publié en 1956 sous le titre, *The stress of life*, traduit en français : *Le stress de la vie*, éd. GALLIMARD (1^{re} édition en 1962, 2^e édition en 1975).

peu importe la présence d'autres variables. Les travaux de Selye sur le stress sont célèbres et font figure de pionniers dans le domaine. Selon ce théoricien, le stress est une réaction « non spécifique » d'un organisme, en réponse aux stimuli provenant d'un environnement perturbant. Selye définit ce qu'il a appelé « le syndrome général d'adaptation » selon trois phases. D'abord la phase d'alarme où se déroulent les modifications biologiques lors de la première exposition au stress ; ensuite, la phase de résistance pendant laquelle l'organisme lutte contre les facteurs de stress, et finalement, la phase d'épuisement où l'organisme ne dispose plus des ressources énergétiques pour faire face à la situation stressante.

Les travaux de Selye reflètent donc le modèle biomédical classique de la médecine où, « telle cause produisant tel effet », la maladie est définie comme une conséquence d'agents pathogènes externes (traumatismes, virus, facteurs toxiques) et internes (déséquilibres biochimiques). C'est ainsi que le rôle pathogène attribué aux événements traumatiques par certaines échelles — *voir par exemple l'échelle de Holmes (Holmes & Rahe, 1967), le registre d'événements de vie de Coddington (Coddington, 1972), l'inventaire des expériences de vie de Sarason et collaborateurs (Sarason, Johnson, & Siegel, 1978), l'inventaire d'événements déplaisants de Lewinsohn et collaborateurs (Lewinsohn, Mermelstein, Alexander, & MacPhillamy, 1985)* — se situe dans la continuation des travaux de Selye et du modèle biomédical. Pour les tenants de celui-ci, les événements traumatiques augmentent la vulnérabilité de l'individu, le rendant plus susceptible à la maladie. En

d'autres termes, plus les événements traumatiques sont nombreux, plus les conséquences néfastes sont quantitativement importantes. Cette vision a été longtemps corroborée par le sens commun : tout le monde « sait » qu'on tombe malade après un événement douloureux ; ce que certains chercheurs ont appelé « catastrophe model » (Dohrenwend & Dorenwend, 1981).

2.2.1.2 Les modèles issus de la psychologie sociale

Les modèles psychosomatique et psychosocial

Au fil des ans, plusieurs limites au modèle biomédical et à la thèse de Selye ont été constatées et soulignées. On leur reproche surtout d'être trop mécaniques en associant une cause à un effet spécifique, et d'être réducteurs en ne tenant pas compte des facteurs médiateurs tels que les processus perceptifs, cognitifs, affectifs et comportementaux (Bruchon-Schweitzer, 2002; Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gelie, Tastet, & Bourgeois, 1998). L'utilisation des modèles psychosomatique et psychosocial découle donc des faiblesses théoriques issues notamment de la quantification de la notion de stress qui ne laisse pas de place aux expériences vécues, aux représentations subjectives de l'individu et aux représentations socioculturelles pouvant influencer la réponse à un éventail d'événements (Paulhan & Bourgeois, 1998).

Des différences théoriques entre les modèles psychosomatique et psychosocial existent aussi. Cependant, pour les besoins de cette thèse, nous allons nous contenter de quelques notions essentielles.

Le modèle psychosomatique préconise que le développement de certaines maladies soit associé à des facteurs psychologiques. En fait, le mot « psychosomatique » viendrait du grec psukhê (âme) et sôma (corps) et désignait au début du 19^e siècle les maladies où « le facteur corporel modifie l'état psychique »²⁹. Le trouble psychosomatique se définit alors comme un trouble somatique dont la dimension psychologique est prépondérante dans sa survenue et dans son évolution. Autrement dit, le trouble (ou maladie) indique une altération organique ou biologique vérifiable cliniquement (exemple des affections cutanées, maux de tête, certains ulcères, etc.), dont l'origine serait, en partie, d'ordre psychique³⁰.

Cependant, certains chercheurs ont cru déceler des limites à cette théorie, notamment devant l'impossibilité de trouver des facteurs psychologiques spécifiques à chaque trouble psychosomatique. De plus, il semble, selon Paulhan et Bourgeois (1995), que les relations empiriques observées entre les aspects de la personnalité³¹ et les pathologies qui leur sont associées sont faibles et contradictoires. C'est ainsi qu'ils ont élargi le modèle psychosomatique en insistant sur l'interaction d'autres facteurs dans le développement de la pathologie, d'où l'intérêt du modèle biopsychosocial. Ce modèle stipule que les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont interdépendants et à l'origine des maladies physiques et mentales.

²⁹ Tazopoulou, E. Psychologie de la santé, modèles fondateurs. Document consulté en ligne, en août 2007 sur le site <http://www.psycap.com/lecture.htm>

³⁰ Ferreri, M., Ferreri, FI, Agbokou, C., et Lejoyeux, M. Trouble psychosomatique. Document consulté en août 2007 sur le site <http://www.univ-rouen.fr>

³¹ Divers fondements théoriques qui expliquent l'état psychique de l'individu, selon les écoles dites de Paris et de Boston...

Le modèle transactionnel

Dans la foulée du développement du modèle biopsychosocial, certains chercheurs préconisent qu'un large éventail de stratégies adaptatives individuelles et sociales constitue une ressource importante pouvant réduire l'impact négatif des événements traumatiques sur la santé (Billings & Moos, 1982). Ce courant animé notamment par Lazarus et Folkman au cours du dernier quart de siècle — *voir par exemple (Folkman & Lazarus, 1985, 1988a, 1988b; Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1974, 1985, 1993)* — propose la notion de stress comme étant une relation transactionnelle entre la personne et son environnement. Cette relation est perçue et interprétée par l'individu comme potentiellement compromettante à son bien-être et nécessitant la mise en œuvre des ressources (disponibles ou pas) pour y faire face. La particularité apportée par le modèle transactionnel concerne donc « *la prise en compte de l'activité des individus, qui, loin de subir passivement certains déterminismes (biologiques, psychologiques et sociaux) adoptent, vis-à-vis des situations stressantes certaines stratégies — perceptives, cognitives, affectives et comportementales — pour faire face aux événements avertis* » (Paulhan & Bourgeois, 1998, page 73-73). Ainsi, dans la relation transactionnelle, l'individu évalue la situation dans un premier temps, et par la suite, met en branle ses stratégies d'ajustement. Les auteurs distinguent trois formes que peut prendre l'évaluation :

primaire, secondaire, ainsi que la réévaluation. Lors de l'évaluation primaire, l'individu évalue le type et l'enjeu de la situation. La connotation positive (absence de danger) ou négative (danger) qu'il donne à cette évaluation détermine les stratégies d'ajustement au stress. Au stade de l'évaluation secondaire, il envisage de faire face à la situation et les stratégies nécessaires pour y arriver : soit le déni, l'évitement ou la modification. Quant à la réévaluation, elle vise un changement dans l'évaluation initiale selon l'environnement ou les caractéristiques de la personne elle-même.

Dans un deuxième temps, des « stratégies d'ajustement » (ou coping) entrent en jeu. Il s'agit de « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, destinés à maîtriser, réduire ou tolérer son impact sur son bien-être » (Lazarus & Launier, 1978).

Dans leur livre portant sur les stratégies d'ajustement consécutives aux événements traumatiques, Kleber et Brom (1992) illustrent bien cette relation transactionnelle (fig.4). Selon ces auteurs, la thèse de Lazarus et de son collègue apporte une variable psychologique pertinente non compris dans les théories précédentes : c'est l'attribution de la signification à un événement.

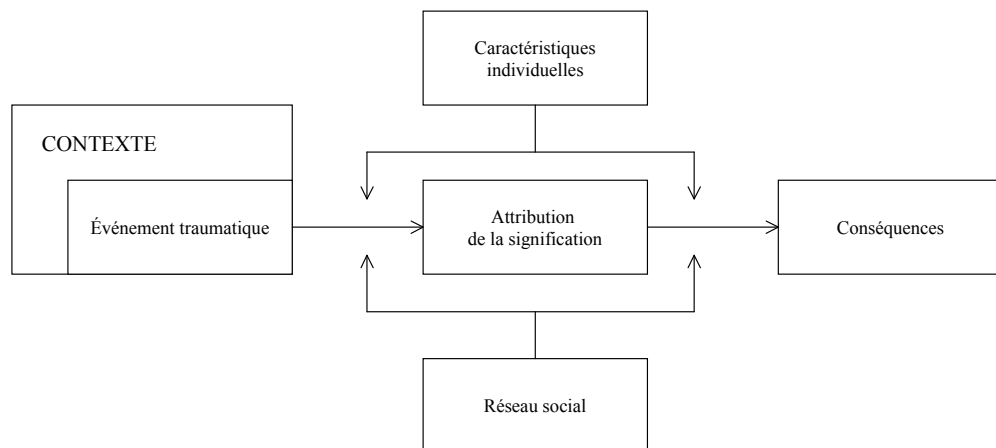


Figure 4 : Modèle de stress selon Kleber & Brom, 1992. Traduction libre

Selon ce modèle, l'événement traumatique découle d'un contexte : il peut viser un individu ou une catégorie d'individus présentant des caractéristiques communes. Lorsqu'un événement traumatique survient, les gens le perçoivent de manière différente. Le même événement peut constituer une menace pour les uns et non pour les autres. Dans certains cas, il est même l'aboutissement d'une situation problématique. Les auteurs citent comme exemple des militaires qui peuvent, lorsqu'ils sont blessés, être heureux de se retrouver à l'hôpital plutôt qu'au champ de bataille. Enfin, le modèle indique qu'il existe d'autres facteurs importants dont il faut tenir compte : les caractéristiques individuelles (l'âge, le sexe, etc.) et le réseau social qui jouent un rôle prépondérant dans la manière de faire face à l'événement traumatique.

Ainsi, l'idée que les événements traumatiques conduisent aux problèmes de santé ne serait envisagée que si l'on considère la présence

des facteurs psychosociaux incluant la perception et l'évaluation négative de la situation. Le modèle le plus utilisé en psychologie sociale et qui sous-tend la théorie de Lazarus est celui de « coping » ou stratégies d'ajustement par rapport à l'adversité (Lazarus & Folkman, 1984).

Le « coping » ou stratégies d'ajustement

Confronté aux événements stressants, surtout s'ils sont perçus comme une menace, l'individu essaie de faire face, soit pour résoudre le problème posé, soit pour en réguler les effets : c'est ce qu'on appelle « coping », ou encore « stratégies d'ajustement »³². La conceptualisation des stratégies d'ajustement a évolué parallèlement à la définition du concept de stress lui-même. Lazarus et Folkman désignent ces stratégies comme un ensemble de processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement stressant, afin de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique (Lazarus & Folkman, 1984). Selon ces auteurs, ce processus est dynamique : l'individu apprécie le stress auquel il est confronté et évalue les ressources stratégiques dont il dispose pour y faire face. Il mobilise alors toutes les stratégies nécessaires et disponibles (efforts cognitifs, comportementaux, soutien social, etc.) pour maîtriser la situation stressante (Pearlin & Schooler, 1978).

³² Les termes faire face, coping ou stratégies d'adaptation sont utilisés indistinctement par la plupart des chercheurs.

En fonction des différentes possibilités dont dispose un individu pour faire face aux événements stressants, il peut centrer ses stratégies de différentes façons. Soit, il peut agir sur le problème lui-même : dans ce cas, l'individu identifie le problème, produit des solutions alternatives et agit. Selon les théoriciens du modèle, cette stratégie aurait plus de chances de fonctionner lorsque l'individu estime que les exigences conjoncturelles sont maîtrisables. L'individu peut aussi centrer ses stratégies sur l'émotion : cette stratégie entrerait en jeu pour atténuer les circonstances de l'événement. L'individu recourt à cette stratégie lorsque la situation est moins contrôlable (Chan & Ward, 1993; Folkman & Lazarus, 1985, 1986, 1988a; Thoits, 1995).

Cela étant dit, Thoits (Thoits, 1995) suggère qu'il n'existe probablement pas de stratégie efficace pour toutes les situations : l'efficacité dépendrait surtout de la nature de l'événement auquel l'individu est confronté et de l'intensité du stress que l'événement suscite. Quoi qu'il en soit, les auteurs affirment que la stratégie est adéquate si elle permet au sujet de diminuer l'impact de l'événement sur son bien-être physique et psychologique (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986; Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986; Lazarus & Folkman, 1984). Ils soutiennent que les stratégies d'adaptation peuvent influencer la fréquence, l'intensité et la durée des réactions physiologiques (telle que la pression artérielle) lorsque l'individu ne peut prévenir ni améliorer les conditions environnementales stressantes (inadéquation des stratégies

centrées sur le problème) ou lorsque, confronté à un événement imprévisible, l'individu ne peut réguler sa détresse émotionnelle.

Une des ressources importantes pour faire face à une situation stressante est le soutien social. Devault et Fréchette (2002) avancent une définition selon laquelle le soutien social serait un processus d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptation (coping). De leur côté, Bearegard et Dumont (Bearegard & Dumont, 1996) parlent plutôt d'un construit multidimensionnel. Reprenant notamment un certain nombre de travaux publiés dans les années 1980 (Barrera, 1986; Streeter & Franklin, 1992; Vaux, 1988), ces auteurs font ressortir au moins trois dimensions qui reviennent fréquemment dans la littérature sur le soutien social.

La première concerne le réseau de soutien considéré comme ressource, et vers lequel la personne se tourne pour obtenir de l'aide. On parle alors de la grandeur du réseau, de sa structure, de ses caractéristiques, etc. L'intégration sociale constitue aussi une mesure des liens au sein du réseau. La deuxième dimension englobe l'ensemble des actions et des comportements qui favorisent l'aide. Il s'agirait, selon Bearegard et Dumond, d'un soutien actif composé d'actions et de comportements spécifiques effectués par les autres et considérés comme une expression manifeste de soutien ou d'assistance. Enfin, la dernière dimension se rapporte à l'appréciation subjective de soutien, c'est-à-dire l'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui.

Ainsi, de manière générale, le soutien social réfère à tout ce qui est accompli pour l'individu par des partenaires importants, tels que la famille, les amis et les collègues (Thoits, 1995). Les composantes du soutien social sont résumées comme suit. D'abord, le soutien émotionnel qui apporte à l'individu les sentiments d'affection et de protection dans les moments difficiles ; ensuite, le soutien d'estime qui rassure le sujet sur sa valeur, ses qualités et ses compétences ; le soutien matériel qui consiste en une assistance concrète (aide, petits services ou grand secours) et enfin, le soutien informatif qui réfère aux conseils, suggestions, et autres renseignements fournis au sujet.

En résumé, nous avons survolé quelques éléments théoriques de la psychologie de la santé qui nous aideront à passer au travers la connaissance scientifique sur l'association entre les événements traumatiques et la santé. Nous avons eu un aperçu de l'évolution de ces théories, depuis les travaux de Hans Selye et les modèles psychosomatiques jusqu'au modèle non linéaire, dynamique et transactionnel de Lazarus qui concerne les stratégies d'ajustement, c'est-à-dire ces processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement stressant, afin de le maîtriser, le tolérer ou diminuer son impact. Plus loin, nous verrons dans quelle mesure ces éléments ont contribué à expliquer l'association entre les événements traumatiques vécus par les déplacés de guerre et l'état de leur santé.

2.2.2. Les événements traumatiques et l'état de santé des déplacés de guerre

2.2.2.1 Rappel du concept de santé.

Le concept de santé est largement compris dans le sens de la définition classique proposée par l'Organisation mondiale de la santé qui stipule que « la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi l'état de bien-être complet, physique, mental et social ». Cette définition inchangée depuis 1948 a été souvent critiquée. Evans et Stoddart (Evans & Stoddart, 1996) par exemple trouvent qu'elle présente la santé de façon dichotomique, en la situant sur un continuum où on retrouve aux deux extrémités le bien-être au sens idéalisé et l'absence d'états biologiques négatifs (maladies, douleurs, infirmités, morts). À leur avis, « des états où on ne souffre pas de quelque chose de déplaisant ne peuvent pas entièrement rendre compte de ce qu'est la santé ». Dans ce sens, certains n'hésitent nullement à qualifier la définition de l'OMS d'utopique ! Qui peut se prévaloir de se trouver dans cet état de complet bien-être, s'interroge par exemple Brignon (Brignon, 2007) ? D'autres experts de la santé publique y voient par contre une juxtaposition entre trois modèles et trois approches différentes de la santé. Le modèle de la santé positive, en référence au bien-être qu'il importe de préserver (santé physique, mentale, sociale, de perception de la santé, d'absence d'incapacité...), celui de la santé négative, pour lequel la référence est la maladie (mal-être, maladie, morbidité, douleur, déficience) qu'il convient d'éviter, celui enfin de la santé globale qui fait le constat de la complexité des déterminants biologiques, psychologiques, socioculturels, etc. (Paul,

2001). Cette position concordante avec la définition classique de l'OMS suggère que la santé est un concept multidimensionnel dont les instruments de mesure explorent souvent la santé physique, psychique et sociale (Chassagny & Caulin, 2002).

La santé physique se rapporte aux éléments corporels, c'est-à-dire physiques et physiologiques. C'est le degré avec lequel une personne fonctionne correctement physiquement. Elle peut être mesurée objectivement, par exemple le fonctionnement du système nerveux autonome (rythme cardiaque, pression artérielle) ou immunitaire (mesures biologiques). Elle est également mesurée de manière subjective, par exemple, lorsqu'une personne rapporte ses symptômes physiques ou une maladie (Zech, 2006). On peut alors l'évaluer en termes de restrictions dans l'exécution ou la capacité d'exécuter certaines activités incluant la mobilité ou encore des activités physiques plus laborieuses. Dans ce sens, on l'associe à une autre dimension l'incapacité (Stewart, Hays, & Ware, 1992 ; Ware, 1987). La Classification Internationale des Handicaps de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1988) définit l'incapacité comme une réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon et dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Elle est la conséquence d'une déficience.

La santé mentale est souvent confondue à la maladie mentale même si, comme la santé physique, elle signifie l'absence de maladie mentale. Il faut noter qu'il s'agit là, probablement, d'un concept qui a soulevé et continue de soulever une certaine controverse quant à

l'adoption d'une définition commune. Parmi les nombreuses définitions proposées, celle de l'OMS dit qu'« *une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre...* » Dans son livre sur la psychologie du deuil, Zech (Zech, 2006) dit que la santé mentale réfère au degré avec lequel une personne fonctionne adéquatement ou correctement psychologiquement. Selon elle, on peut la mesurer avec des variables subjectives ayant trait, par exemple, à l'estime de soi. Quant à la santé sociale, on la définit souvent en termes d'interactions sociales et communautaires. Citant McDowell et Newell (1996), Zech dit que c'est une dimension du bien-être qui concerne la manière avec laquelle la personne se mêle aux autres personnes et la façon dont les autres réagissent à elle. C'est, dit-elle, le degré avec lequel une personne répond aux standards sociaux et ce degré peut se mesurer par le soutien social ou l'intégration sociale. D'autres chercheurs précisent qu'on peut la mesurer effectivement à travers les contacts sociaux tels que les visites des proches ou des amis et les liens sociaux (Stewart et al., 1992; Ware., 1987).

Enfin, certains chercheurs attribuent à la définition de l'OMS un « aspect perceptuel » fondé essentiellement sur les notions de bien-être et d'adaptation à l'environnement physique et social (Goldberg & Hillier, 1979). L'état de santé général perçu reflète, selon l'OCDE (OCDE, 2009), la perception globale que les individus ont de leur propre santé et englobe

possiblement des dimensions physiques et psychologiques. Malgré le caractère général et subjectif de la perception de la santé, les experts de l'OCDE affirment que ses indicateurs permettent de faire de bonnes prévisions de l'évolution future de la consommation des soins de santé et de la mortalité. Certains la considèrent donc comme une dimension importante du concept de santé qui consiste à la fois en une évaluation et une croyance personnelle de l'état de santé générale. Elle porte sur ce que les gens considèrent comme bon ou mauvais par rapport à la santé. Il s'agit donc d'une définition subjective qui reflète les sentiments plus que l'état de santé physique réel. Certains auteurs l'appellent même état de santé ressentie en opposition à l'état de santé diagnostiquée (Molines, Sapin, Simeoni, Gentile, & Auquier, 2000 ; Batt, et al. 1999). Elle complète alors la trilogie décrivant l'état de santé : la morbidité réelle, la morbidité objectivée ou diagnostiquée et la morbidité ressentie (Bucquet, 1993) .

2.2.2.2. Les événements traumatiques et la santé mentale des déplacés de guerre

La communauté scientifique accorde une grande prépondérance aux aspects de santé mentale lorsqu'il s'agit des personnes déplacées. En effet, dans la plupart des cas, les études portant sur l'association entre les événements traumatiques et la santé réfèrent presque exclusivement à cette dimension de la santé, identifiant le trouble de stress post-traumatique (PTSD ; posttraumatic stress disorder) comme principal résultat attendu. Parallèlement, la littérature scientifique est quantitativement insuffisante quant aux impacts étudiés des événements

traumatiques sur les autres dimensions de la santé, à savoir l'état de santé physique et l'état de santé sociale.

Pour vérifier cette assertion, nous avons consulté les articles qui font référence par mots-clés à la santé physique et sociale pour la catégorie de la population à l'étude. Pour cela, nous avons effectué une recherche sommaire dans la base de données MEDLINE à partir de l'année 2003 jusqu'en mars 2010 ³³(Database: Ovid MEDLINE(R) <2003 to March Week 2, 2010 >). Nous avons limité la première date à 2003 dans le but d'avoir uniquement les articles plus récents³⁴. Les mots clés suivants ont été utilisés : (1) Refugees/ or internally displaced, (2) physical health or social health. Ensuite, nous avons combiné les étapes 1 et 2. Nous n'avons pas retenu « health status » comme mot clé parce qu'il conduisait beaucoup plus aux études de santé mentale ainsi qu'à d'autres résultats moins pertinents pour notre recherche.

En tout, nous avons obtenu seulement 24 articles. La plupart de ces publications portent sur des sujets et des populations qui ne sont pas d'intérêt pour notre thèse. Par ailleurs, quelques-uns de ces travaux ont été effectués par les mêmes équipes de chercheurs sur le même sujet et sur la même population. Toutefois, un article publié très récemment (Roberts, Ocaka, Browne, Oyok, & Sondorp, 2009) est très intéressant puisqu'il porte sur des déplacés internes en Ouganda, un pays situé dans

³³ Initialement, cet exercice a été fait en juillet 2007. Au total 11 articles répondaient aux critères de base, sans toutefois être d'intérêt pour notre thèse. Le présent tableau est une mise à jour effectuée en mars 2010.

³⁴ En réalité, nous avons déjà effectué le même raisonnement pour les parutions antérieures dont les résultats (non compilés comme ici) sont utilisés toutefois dans cette revue de littérature.

la même région des Grands Lacs africains que le Burundi. Les résultats détaillés de cette démarche sont présentés à l'annexe V

Ainsi dans un premier temps, pour expliquer l'impact des événements traumatiques de la guerre civile sur la santé des déplacés internes, cette revue se référera abondamment sur les publications portant sur la santé mentale (et sur le PTSD en particulier) même si l'objet de notre étude n'est pas centré sur cette dimension de la santé. Par la suite, il sera question de résultats publiés sur les autres dimensions de la santé (santé physique, sociale, générale...). Enfin, nous verrons certaines études qui traitent de l'association entre ces dernières et la santé mentale.

2.2.2.3 Le trouble de stress post-traumatique (PTSD)

Ceci nous amène donc à définir très rapidement le PTSD qui revient dans la plupart des résultats rapportés dans cette partie de la thèse. Selon l'association américaine de psychiatrie (APA, 1994), un événement traumatique consiste en une menace sérieuse pour la vie ou l'intégrité physique de la personne ou pour celle d'un proche, qui provoque chez la personne de l'effroi, de l'impuissance ou de l'horreur. Mais pour qu'un PTSD soit diagnostiqué, il faut que le sujet — en plus d'avoir vécu cet événement — déclare les symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyperactivité neurovégétative pendant au moins un mois. Ces symptômes doivent aussi induire une détérioration significative dans le fonctionnement social. Le diagramme en bâtons (fig.5) indique la fréquence moyenne des événements traumatiques rapportés par huit

études pertinentes menées dans des cultures et contextes différents. Celles-ci ont surtout en commun le fait de quantifier les événements traumatiques de guerre de la même manière et d'établir ensuite un lien entre ces événements et la santé des déplacés.

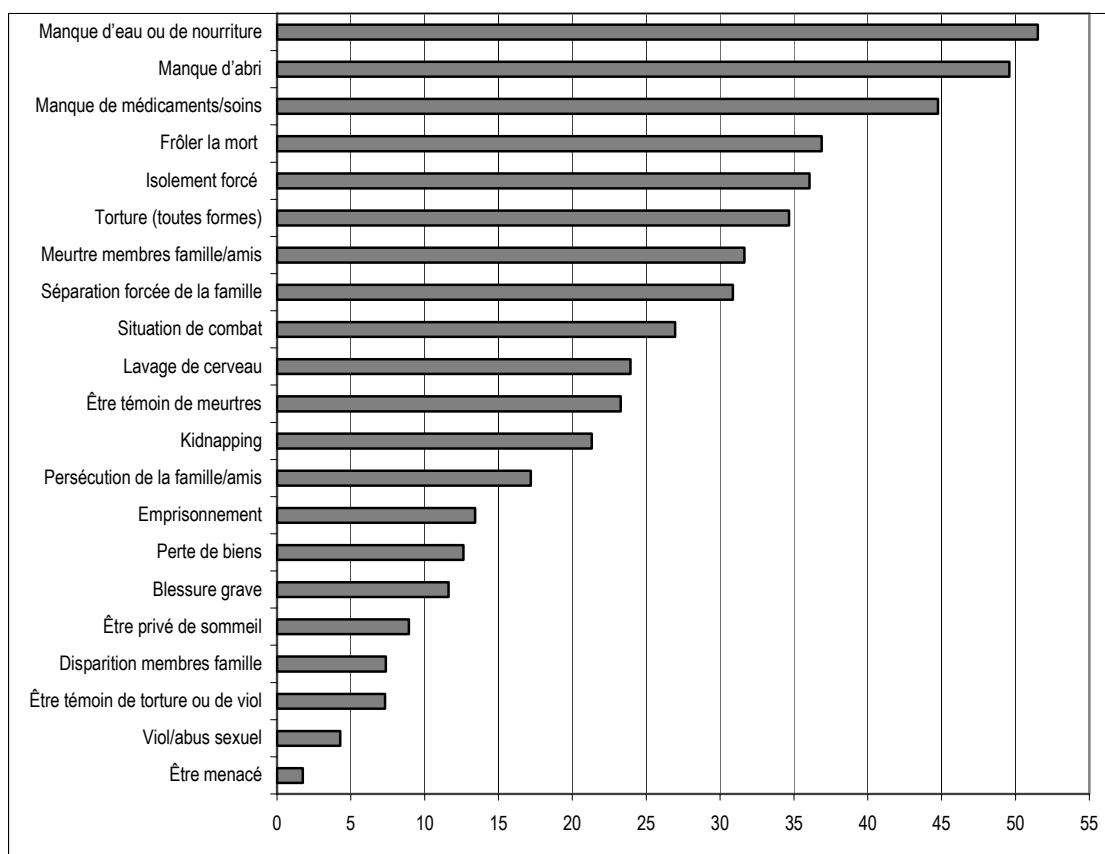


Figure 5. Fréquence moyenne des événements traumatiques selon 8 études portant sur la santé des déplacés de guerre³⁵.

Mollica et collaborateurs (Mollica, Wyshak, & Lavelle, 1987) ont été parmi les premiers à adapter spécifiquement l'échelle événementielle aux déplacés de guerre indochinois. Leur étude portait sur 52 patients en psychiatrie : 40% étaient d'origine cambodgienne, 35% d'origine vietnamienne et 25% étaient des Laotiens. Plus tard, l'équipe de Mollica

³⁵ Mollica et al. (1993) ; Hondius et al. (2000) ; Lopez et al. (2000); Crescenzi et al (2002); Ai et al. (2002); Steel et al. (2002); Eytan et al. (2004) ; Thapa et Hauff (2005)

(Mollica et al., 1993) a suivi un autre échantillon de déplacés internes cambodgiens constitué de 993 adultes. Près de 61% étaient des femmes (les hommes étant engagés au combat), dont plus de 16% de veuves. La majorité des participants n'avait complété que l'école primaire ou était alors complètement analphabète. Les résultats des deux études indiquent que les événements stressants communément déclarés par la plupart des réfugiés indochinois étaient : le manque de nourriture ou d'eau, la mauvaise santé, le manque d'abri, la séparation forcée, l'emprisonnement, les blessures de guerre, la torture, le viol, l'isolement social, le fait d'avoir frôlé la mort, le kidnapping, le spectacle de meurtres et de torture. Les femmes vivant seules (séparées, divorcées ou veuves) avaient connu plus d'événements traumatisants que les autres sous-groupes de l'étude. Les résultats font état d'une association significative entre la santé des déplacés et les événements traumatiques. Concrètement, les personnes qui avaient connu plus d'un événement traumatisant développèrent le trouble de stress post-traumatique ainsi que d'autres symptômes psychiatriques tels que la dépression ou l'anxiété (Mollica et al., 1993; Mollica, Wyshak, & Lavelle, 1987).

De leur côté, Ai et collaborateurs (Ai, Peterson, & Ubelhor, 2002) ont examiné la fréquence des événements traumatiques et la prévalence du PTSD en référence aux événements du Kosovo. Cent vingt-neuf personnes âgées de 18 à 79 ans, réfugiées aux États-Unis, ont participé à cette étude. Les résultats ont montré que ces réfugiés avaient vécu beaucoup d'événements traumatisants au Kosovo, soit une moyenne de

15 événements sur une liste de 24 (Communal Traumatic Events Inventory de Weine et al. 1995). En effet, plus de 90% des participants rapportèrent, chacun, au moins 10 événements vécus pendant cette période. Les résultats montrèrent ensuite qu'une grande majorité de ces réfugiés (60,5%) remplissaient des critères de PTSD et que ce syndrome était significativement associé au nombre d'événements traumatiques et au fait d'être femme.

Une autre étude menée cette fois-ci auprès des réfugiés tibétains en Inde montre que les réfugiés précédemment emprisonnés dans leurs pays avaient connu aussi plus d'événements traumatiques (11,5 événements par personne) par rapport à ceux qui n'avaient pas été emprisonnés (4,5 événements par personne) (Crescenzi et al., 2002). L'étude démontra surtout que la prévalence du PTSD était beaucoup plus élevée dans le groupe des personnes emprisonnées par rapport aux personnes non emprisonnées. De leur côté, Thapa et Hauff (Thapa & Hauff, 2005) ont confirmé l'association entre la fréquence des événements traumatiques et le PTSD (jusqu'à 20% de la variance expliquée) chez les déplacés internes du Népal. Leur étude, menée en juin et juillet 2003, portait sur un échantillon de 290 déplacés internes de ce pays en provenance des zones en conflit. L'étude démontre que la torture, la destruction forcée des abris et autres propriétés, le meurtre des membres de la famille et le fait d'être témoin de ces meurtres sont associés à la présence du syndrome du stress post-traumatique et cette association demeure même après ajustement pour âge et genre.

La persistance d'une association significative entre les événements traumatiques de la guerre et la santé mentale, plusieurs années après l'exposition initiale, est rapportée par certaines études, même si les résultats semblent mitigés. Ainsi, Mollica et collaborateurs (Mollica, McInnes, Poole, & Tor, 1998) ont étudié à nouveau l'état de santé mentale et ont réexaminé l'histoire du traumatisme des 993 déplacés internes cambodgiens dix ans après leur première étude. En plus de la persistance de la plupart des symptômes psychiatriques, y compris le PTSD, les chercheurs ont constaté un effet dose-réponse indiquant par là que l'impact du traumatisme accumulé par les déplacés pendant la guerre perdure longtemps après que celle-ci soit terminée. Dans une étude épidémiologique menée en Algérie (n=653), en Éthiopie (n=1200), à Gaza (n=585) et au Cambodge (n=610), de Jong (de Jong et al., 2001) ont trouvé à leur tour une association significative entre le fait d'avoir été torturé et le PTSD dans les trois premiers pays. Les participants, âgés de plus de 16 ans au moment de l'étude, étaient tous considérés comme des survivants de guerre civile. En effet, tous ces pays avaient en commun le fait d'avoir connu des guerres civiles particulièrement meurtrières et étaient tous en période « postconflit » au moment de l'étude. Les auteurs ont trouvé qu'en Algérie et à Gaza, les mauvaises conditions de vie aux camps sont associées à la présence du PTSD. Steel et collaborateurs (Steel, Silove, Bird, McGorry, & Mohan, 1999) ne sont pas tout à fait de cet avis. D'après les résultats de leur étude conduite auprès de 1161 participants, l'exposition aux événements traumatiques est associée à une

détérioration mentale des sujets, mais le risque diminue progressivement avec le temps. Par contre, ils indiquent que les gens exposés à plus de trois événements traumatiques ont vu leur risque de maladie mentale augmenter après 10 ans, comparés aux personnes qui n'avaient pas été exposées (OR=4,7 ; $p<0,0001$).

Même si le PTSD est la conséquence la plus fréquemment citée par les études sur la santé des personnes exposées aux événements traumatiques de la guerre, il apparaît que dans la plupart des cas la fréquence rapportée est relativement peu élevée. Nous reviendrons amplement sur ce constat dans la section 2.3.

Notons enfin que la fréquence du trouble de stress post-traumatique observée dans la littérature sur la santé des réfugiés est souvent similaire à celle rapportée dans le cadre des études portant sur les événements traumatiques généraux³⁶ dans la population générale adulte en occident. Par exemple, dans une compilation des résultats de recherche psychosociale présentée au milieu des années 1990 portant sur l'association entre les événements traumatiques et le PTSD, la fréquence de celui-ci varie considérablement, allant de 9% dans la population générale américaine à 90% dans une catégorie spécifique de femmes ayant subi le viol par exemple (Green, 1994). Cependant, mis à part les cas extrêmes d'abus et de violence sexuelle, la plupart des études colligées par l'auteur de l'étude sur la population adulte ayant vécu divers types d'événements traumatiques, rapportent des taux situés souvent

³⁶ Autrement dit sans aucun rapport avec la violence collective (guerre civile, conflits armés....)

entre 10 et 20%, variant selon le temps. Kessler et collaborateurs (Kessler et al. 1995) parlent même d'une prévalence de 8% de ce trouble dans la population générale aux États-Unis. Les facteurs individuels de vulnérabilité sont généralement contrôlés ; le genre féminin, l'âge, le passé psychiatrique, la perte de liens sociaux, la dislocation familiale due aux événements traumatiques sont en effet des exemples de facteurs de risque associés au PTSD dont il faut tenir compte (Beiser & Edwards, 1994; Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998; Hauff & Vaglum, 1993).

En définitive, la présence du PTSD au sein des populations déplacées par la guerre est corroborée par les résultats d'études réalisées depuis plusieurs années. Son ampleur sera toutefois analysée plus loin (section 2.3). Dans la section qui suit, nous allons examiner l'impact des événements traumatiques sur les autres dimensions de la santé.

2.2.2.4. L'association entre les événements traumatiques et les autres dimensions de la santé des déplacés de guerre

Les événements traumatiques ne sont pas associés uniquement à la santé mentale. Leurs conséquences affectent aussi les autres dimensions de santé (physique et sociale) définies plus haut. Une étude menée au sein de la population générale de Los Angeles (n=2364) indique que les personnes ayant déclaré avoir subi un événement traumatique au cours de leur vie (n=349) avaient une perception moins bonne de leur santé, même après avoir contrôlé pour les autres facteurs pouvant affecter la santé (Ullman & Siegel, 1996). Les événements déclarés étaient reliés à

la participation ou à l'exposition à des situations de guerre (13%), à des accidents graves (11%), au fait d'avoir été témoin de meurtres (15%), à des désastres naturels (8%), à la violence physique (5%) ou sexuelle (11%) et à plusieurs autres types d'événements traumatisants. De plus, ceux qui avaient connu l'un ou l'autre de ces événements présentaient un risque trois fois plus élevé d'avoir une incapacité physique chronique. Par contre, l'association entre les événements traumatiques et les situations de maladies chroniques n'était pas significative.

Une étude presque similaire menée par Flett et collaborateurs (Flett, Kazantzis, Long, MacDonald, & Millar, 2002) avait pour objectif d'examiner l'influence de plusieurs types d'événements traumatiques sur la perception de la santé et les problèmes de santé au sein d'une communauté néo-zélandaise. Soixante pour cent des 1500 Néo-Zélandais interrogés avaient connu des événements traumatisants récents (9%) ou dans le passé (51%) ; 40% n'en avaient pas connu. Tout comme pour la population de Los Angeles, les résultats indiquent qu'après avoir ajusté le modèle multivarié pour l'âge, le sexe et l'ethnie, ceux qui ont connu un événement criminel ou un accident traumatique présentaient une détérioration significative de leur état de santé physique. Celle-ci était mesurée par le nombre de symptômes physiques prévalant au moment de l'enquête, des conditions médicales chroniques et d'incapacités physiques chroniques. Enfin, les victimes de violence sexuelle déclarent plus souvent les problèmes de santé tels que les maux de tête, d'estomac, de dos ou d'arythmie cardiaque que celles qui n'ont pas connu ce genre de

traumatisme (Kimerling & Calhoun, 1994). Leserman et collaborateurs (Leserman et al., 1996) parlent de risque très élevé de troubles gastro-intestinaux chez ces femmes violées ou abusées sexuellement. Évidemment comme corollaire, ce genre de symptomatologie se traduit par une demande accrue de services (Beckman & Harvey, 1997; Friedman, Schnurr, & McDonagh-Coyle, 1994) qui s'avèrent souvent déficients dans le cas des populations en guerre.

En ce qui concerne la santé des déplacés, quelques études indiquent que les événements traumatiques sont associés à un mauvais état de santé générale. Lopes-Cardozo et collaborateurs (Lopes Cardozo et al., 2000) ont étudié la prévalence de la morbidité associée à la guerre au Kosovo et le fonctionnement social auprès d'un échantillon de 1358 réfugiés albanais du Kosovo composé de femmes (62 %) et d'hommes (38 %). Leur outil de mesure comprenait notamment la perception générale de l'état de santé, ainsi que l'état de santé physique et social des participants. De façon générale, ces Albanais avaient connu un grand nombre d'événements traumatiques ; plus de 61% d'entre eux avaient frôlé la mort tandis qu'environ 67% avaient été privés d'eau ou de nourriture. Les résultats indiquent un pointage (sur une échelle de 1 à 100) modéré (54,7) à élevé (77,9) pour la perception générale de l'état de santé et la capacité physique et faible pour le fonctionnement social (29,5). Ce dernier pointage, significativement associé au nombre d'événements vécus, était particulièrement faible. En comparaison, les auteurs ont noté qu'il était de 83,3 dans la population générale américaine

(une telle donnée de référence n'existant pas au Kosovo). Par contre, Lopes-Cardozo et collaborateurs disent que le pointage de près de 78% attribué à l'état de santé physique (physical function status) était élevé et fortement corrélé avec la dimension mentale et sociale de la santé.

De son côté, Van den Heuevel (van den Heuevel, 1998) a mesuré l'état de santé d'une quarantaine de réfugiés en provenance de l'ex-Yougoslavie en comparaison avec celui des citoyens hollandais. L'échantillon de réfugiés comportait autant d'hommes que de femmes et 10% d'entre eux disposaient d'un emploi rémunéré. L'analyse portait entre autres sur l'expérience traumatique, l'état de santé physique et l'état de santé sociale. Soixante-six pour cent avaient connu 5 événements traumatiques ou plus. Ses résultats montrent que le pointage du fonctionnement physique était relativement égal dans les deux groupes à l'étude. Cependant, les pointages de santé perçue, de santé mentale et du fonctionnement social étaient très bas dans la population réfugiée par rapport à celle de comparaison.

Un groupe de chercheurs hollandais (de Jong et al., 2007) a mené une enquête au sein d'une population tchétchène vivant dans les camps de déplacés suite à la guerre qui sévit dans leur pays. Ils ont utilisé le questionnaire sur la santé en général (General Health Questionnaire ou GHQ-28) qui évalue notamment les symptômes associés aux dysfonctions sociales et à la somatisation. Les auteurs indiquent que les participants vivaient dans des conditions de misère extrême et manquaient de tout, y compris de nourriture. De plus, près de 70% craignaient d'être attaqués.

Plusieurs parmi eux avaient perdu au moins un proche parent pendant la guerre et 14% de ceux-là avaient été témoin des meurtres de ces derniers. Les résultats indiquent que la quasi-totalité (plus de 80%) des déplacés internes interviewés souffrait de différents problèmes de santé tels que les plaintes somatiques (maux de tête, douleurs, etc.) et le dysfonctionnement social. Selon les auteurs, leur étude confirme l'association significative entre l'exposition continuelle à des événements traumatiques et les problèmes de santé généraux, y compris la santé physique et psychosociale.

Plus récemment, une étude réalisée au nord de l'Ouganda a aussi démontré une association entre les événements traumatiques et l'état de santé physique et mentale des déplacés internes fuyant la guerre entre la « Lord's Resistance Army » et de l'armée régulière ougandaise (Roberts, Ocaa, Browne, Oyok, & Sondorp, 2009). L'étude de type transversal a été réalisée en 2006 et portait sur un échantillon de 1206 personnes, 60% étaient des femmes dont la moyenne d'âge était de 35 ans. Plus de 75% étaient mariés et plus de 2/3 vivaient dans les camps depuis 5 ans et plus. Le SF-8 (Ware, 2001) a été utilisé pour mesurer l'état de santé tandis que les réponses concernant les événements traumatiques ont été recueillies à l'aide du Harvard Trauma Questionnaire³⁷. Parmi les participants, 58% avaient connu au moins huit sur la liste de 16 événements proposés par le questionnaire. Cependant, plus de la moitié de ces événements avaient été vécus à l'intérieur des camps. Plus de 90% des personnes interrogées

³⁷ Les deux instruments seront discutés plus loin.

ont affirmé qu'ils ne se sentaient pas en sécurité au camp parce qu'ils avaient peur de manquer de nourriture (62%), de tomber malade (61%) et de la présence des forces armées (54%). À l'issue de l'analyse multivariée, les auteurs conclurent que les événements traumatiques, la crainte et l'incertitude des populations déplacées, ainsi que le manque de biens et services de base ont un impact négatif sur la santé physique et mentale.

2.2.2.5. L'association entre l'état de santé mentale et les autres dimensions de l'état de santé

Il nous paraît important de souligner que la santé mentale – et le PTSD – est parfois associée aux autres dimensions de la santé décrites dans la section précédente. Les études disponibles portent surtout sur les vétérans de guerre. Des chercheurs (Friedman & Schnurr, 1995b; Schnurr & Jankowski, 1999) ont compilé les résultats de nombreuses études menées auprès des militaires qui faisaient état de liens statistiquement significatifs entre le PTSD et la santé physique. Ils ont trouvé que le PTSD est fortement associé à l'état de santé physique rapporté (self-reported physical health), à la santé perçue (perceived health status) et aux symptômes somatiques. D'autres ont démontré que des vétérans souffrant de PTSD rapportent une mauvaise santé physique, plus de maladies chroniques, de l'incapacité et un recours plus fréquent aux services de santé que ceux exempts de ce trouble (Schnurr, Friedman, Sengupta, Jankowski, & Holmes, 2000; Taft, King, King, Leskin, & Riggs, 1999).

L'association entre le PTSD et la santé physique semble persister dans le temps. Wagner et collaborateurs (Wagner, Wolfe, Rotnitsky, Proctor, & Erickson, 2000) ont étudié une cohorte de 2301 vétérans américains revenus de la première guerre du Golfe. Ils ont observé une corrélation entre les symptômes de PTSD mesurés à leur retour et les problèmes de santé déclarés 18 à 24 mois plus tard. Parmi ces derniers, la migraine, les douleurs et l'indigestion étaient les plus citées. Les symptômes de PTSD étaient corrélés également au nombre (déclaré) de problèmes de santé ($r=0.36$; $p<0.001$). Finalement, le modèle de régression indique que les symptômes de PTSD mesurés au retour de vétérans prédisaient le nombre de problèmes de santé physique déclarés ultérieurement (coefficient de régression standardisé $\beta=0.21$; $p<0.001$).

Plus récemment, des liens associatifs entre le trouble de stress post-traumatique et la symptomatologie somatique, les visites médicales et l'absentéisme parmi les anciens soldats déployés en Irak ont été examinés (Hoge, Terhakopian, Castro, Messer, & Engel, 2007). L'étude portait sur un échantillon de 2.863 personnes, une année après leur retour du combat. Les résultats montrent que près de 17% souffraient des symptômes de PTSD. Les chercheurs ont trouvé que ce trouble était significativement associé au mauvais état de santé perçu, à plus d'appels pour information santé et à l'absentéisme, au plus de symptomatologie physique et à la gravité des symptômes somatiques. Ces résultats sont demeurés significatifs après avoir contrôlé pour le fait d'être blessé. Les

chercheurs ont d'ailleurs conclu que la prise en charge médicale du PTSD devrait tenir compte également des problèmes de santé physique.

Chez les déplacés de guerre, Hermansson et collaborateurs (Hermansson, Timpka, & Thyberg, 2002) ont démontré qu'une mauvaise santé mentale est associée significativement à un mauvais état de santé physique, comme l'a démontré une étude menée auprès d'un groupe de réfugiés de plusieurs origines lors des conflits chez eux. Ces gens étaient établis en Suède depuis huit ans. Ainsi, au bout de cette période, plusieurs indicateurs de santé physique étaient associés à l'anxiété, à la dépression, au PTSD et au bien-être. De même, une étude rétrospective menée auprès de 109 femmes ayant pris part à la guerre du Vietnam indique que les événements traumatiques vécus par ces personnes étaient associés au nombre de symptômes de maladies qu'elles rapportaient d'une part et à leur état de santé perçu d'autre part (Wolfe et al., 1994).

L'association entre la santé mentale et les autres dimensions de la santé a été également constatée au sein de la population générale. Zayfert et collaborateurs (Zayfert, Dums, Ferguson, & Hegel, 2002) ont examiné l'état de santé physique des patients dont le PTSD était formellement diagnostiqué. Dans leur outil de mesure, la composante santé physique comprenait la douleur corporelle, l'incapacité physique et la perception générale de la santé. Les auteurs rapportent que le PTSD était significativement associé à la mauvaise santé physique, à la douleur et à la détérioration du fonctionnement physique (incapacité). Ils ont

également démontré que l'association du PTSD avec le fonctionnement physique n'était pas provoquée par les effets de l'âge, de la dépression ou de l'anxiété. D'après eux, le PTSD tend à être un trouble chronique, associé à la morbidité psychopathologique (anxiété, dépression...) qui contribue à une mauvaise perception de la santé physique.

2.2.2.6 Événements traumatiques et santé des déplacés : résumé

La fréquence des événements traumatiques est assez élevée au sein de la population déplacée par la guerre. L'état de la connaissance actuelle montre que l'exposition aux événements traumatiques de guerre laisse présager une moins bonne santé chez cette population, quelle que soit la dimension considérée.

Les études existantes utilisent une approche axée principalement sur la santé mentale, avec la présence de PTSD comme principale conséquence examinée. À cet effet, les données accumulées établissent un lien entre l'expérience traumatique et de nombreux symptômes psychiatriques tels que l'anxiété, la dépression et surtout le PTSD. Bien qu'elles soient plus limitées en nombre, certaines études rapportent une association entre les événements traumatiques et l'état de santé perçu, la santé physique et sociale ainsi que l'incapacité des personnes concernées. Enfin, l'association entre la santé mentale et les autres dimensions de la santé, en particulier la santé physique, est soulignée par certaines études.

2.2.3 Les outils couramment utilisés pour étudier la santé et ses déterminants chez les des déplacés

2.2.3.1 Les instruments de mesure de la santé générale

Deux instruments reviennent souvent dans la littérature concernant l'état de santé des déplacés de guerre. Il s'agit du General Health Questionnaire (GHQ) et du Medical Outcomes Study (MOS) dans les versions courtes SF-36 et SF-20.

2.2.3.1.1 Description et utilisation du GHQ et du MOS

Le GHQ est, à la base, un instrument de dépistage autoadministré destiné à détecter les troubles psychiatriques susceptibles d'être diagnostiqués. Il couvre des items permettant d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel global sur échelle allant de 1, symbolisant l'individu le plus malade, à 90 pour la personne exempte de symptômes et fonctionnant d'une façon satisfaisante dans son milieu social ou sa famille. L'outil peut être utilisé dans les enquêtes populationnelles générales, dans le cadre des soins de santé primaires ou dans les consultations externes (Goldberg & Hillier, 1979). Le GHQ comporte 60 items; cependant, des versions plus courtes comportant respectivement 30, 28, 20, 12 et plus récemment 8 items, existent aussi.

Le GHQ-28 est particulièrement utilisé dans le cadre de l'évaluation de la santé des déplacés de guerre. Il fournit quatre pointages mesurant les symptômes somatiques, l'anxiété et l'insomnie, le dysfonctionnement social et la dépression sévère. Parmi les études relativement récentes, le

GHQ-28 a été utilisé en Bosnie-Herzégovine (N=5078) pour évaluer des programmes d'interventions destinés à atténuer l'angoisse due à la guerre (Mooren, de Jong, Kleber, & Ruvic, 2003). Il a été en usage également en Iran pour examiner la santé mentale des réfugiés afghans (N=81) installés dans le camp de Shiraz (Kalafi, Hagh-Shenas, & Ostovar, 2002). Au Kosovo, le GHQ-28 a aidé notamment à déterminer la prévalence de morbidité psychiatrique au sein de la population adulte serbe (N=204) (Salama, Spiegel, Van Dyke, Phelps, & Wilkinson, 2000), ou encore à examiner la prévalence de la morbidité psychiatrique associée à la guerre, cette fois-ci parmi la minorité albanaise (Lopes Cardozo et al., 2000).

De Jong et collaborateurs (de Jong, Scholte, Koeter, & Hart, 2000) ont utilisé le GHQ-28 auprès des réfugiés africains. Leur objectif était d'examiner la prévalence des problèmes mentaux dans les camps de réfugiés rwandais et burundais installés en Tanzanie. Un échantillon de 854 personnes dont 57% de femmes a complété l'étude. Quatre-vingt-sept pour cent d'entre eux n'avaient aucune formation scolaire élémentaire, ce qui a conduit les auteurs à modifier la méthodologie du questionnaire normalement autoadministré en entrevue structurée. Les résultats indiquent que 50% des réfugiés étaient sérieusement affectés par des problèmes de santé mentale. Toutefois, les auteurs précisent que l'étude avait eu lieu dans des conditions très difficiles, juste après les violences du Rwanda et du Burundi. Craignant d'être arrêtés et renvoyés dans leurs pays ou ramenés sur d'autres sites, ces réfugiés étaient menaçants, parfois violents et collaboraient à peine avec les chercheurs. Par ailleurs,

ces derniers estimaient entre autres que les mauvaises conditions extrêmes dans lesquelles vivaient les réfugiés et la non-spécificité culturelle des items du questionnaire pourraient constituer des biais importants.

Le « Medical Outcomes Study», développé dans les années 70 aux États-Unis, a donné naissance à trois versions courtes. La première version, le MOS SF-20, considérée comme une mesure de l'état de santé dans les études populationnelles, comporte plusieurs dimensions de la santé : santé physique, santé mentale, santé sociale, accomplissement des tâches de la vie courante, santé perçue et douleur. Les réponses au questionnaire sont soit dichotomiques (oui/non) ou ordinales (« excellent », « très bien », « bien », « passable », « médiocre »). Le questionnaire est normalement rempli par le répondant (auto-évaluation), mais il peut être administré par un intervenant, en personne ou par téléphone. La note de chaque sous-échelle varie de 0 à 100 (techniques des sommations), le chiffre le plus élevé indiquant une meilleure santé.

Plus tard, le SF-20 a été critiqué parce que trop court pour être suffisamment sensible aux changements de l'état de santé : le SF-36 a été développé en réponse à cette critique (Bindman, Grumbach, Osmond, Vranizan, & Stewart, 1996). La nouvelle version a alors distingué les changements dus à la santé mentale et à la santé physique, en plus d'inclure de nouveaux items applicables notamment aux personnes âgées. Pourtant, le « Medical Outcomes Study» a encore été présenté en

version plus courte de 8 items, avec possibilité de le réduire encore davantage à 6 items (Ware, 2001).

Toutes ces versions ont été déjà utilisées pour examiner l'état de santé des personnes déplacées par la guerre. Le SF-20 a été souvent utilisé dans plusieurs cas, notamment pour : décrire l'état de santé des réfugiés yougoslaves aux Pays-Bas et analyser leur état de santé par rapport aux événements traumatiques vécus dans leur pays d'origine (van den Heuevel, 1998); évaluer le fonctionnement social de 1358 Albanais du Kosovo (Cardozo et al. 2000); examiner l'association entre les événements traumatiques vécus par 534 réfugiés bosniaques et l'incapacité physique (Mollica et al., 2001), etc.. Quant au MOS-SF-36, il a été utilisé auprès des réfugiés bosniaques pour examiner leur état de santé par rapport aux événements traumatiques vécus (Weine et al., 2000). Quant à la version récente plus abrégée, elle a été utilisée récemment, comme nous l'avons indiqué plus haut, auprès des déplacés internes ougandais (Roberts et al., 2009)³⁸.

2.2.3.1.2 Quelques éléments de critique de ces instruments : introduction au Profil de santé de Duke.

Le GHQ vise principalement l'évaluation de la santé mentale et est recommandé explicitement pour le dépistage des troubles mentaux (McDowell, 2006). Par contre, le MOS couvre bien plusieurs dimensions autres que la santé mentale. Rappelons que le SF-36 a été élaboré pour

³⁸ La parution très récente de cette publication ne nous a pas laissé beaucoup de temps pour la commenter davantage.

suppléer les limites d'une version plus courte, le SF-20 (alors que la SF-8 est apparue ultérieurement).

Par ailleurs, Chen et collaborateurs (Chen, Broadhead, Doe, & Broyles, 1993) ont réalisé une étude comparative entre le SF-20 et un autre instrument de mesure de l'état de santé, le Profil de santé de Duke (PSD) (Parkerson et al., 1981). Le PSD est un instrument de 17 items représentant 5 mesures de l'état de santé (physique, mentale, sociale, générale, état de santé perçu), 4 mesures de dysfonctionnement (anxiété, dépression, douleur et incapacité) et une mesure de l'estime de soi. L'étude de Chen et collaborateurs menée auprès de 97 patients visait à évaluer l'approbation, la facilité d'utilisation et l'intérêt qu'ils ressentaient au sujet du SF-20 et du PSD dans le cadre des soins de santé primaires. Les questions étaient formulées comme suit : quel questionnaire avez-vous trouvé le plus facile à remplir ? Quel questionnaire avez-vous rempli le plus rapidement ? Quel questionnaire avez-vous préféré ? Quel questionnaire reflétait le mieux votre état de santé générale ? Ainsi, d'après ces chercheurs, les deux instruments sont bien acceptés, mais le PSD serait plus facile à comprendre, plus facile à compléter et, pour cela, préférable au SF-20 par les utilisateurs. La différence serait notamment dans la longueur, la complexité et le délai de rappel de l'un par rapport à l'autre.

Au moins une étude, celle de Molines et collaborateurs (Molines, Sapin, Simeoni, Gentile, & Auquier, 2000) a utilisé le Profil de santé de Duke en Afrique subsaharienne, dans un contexte des migrations

normales. Les auteurs ont mesuré l'état de santé de deux groupes de Comoriennes : l'un avait immigré à Marseille et l'autre était resté aux Comores. Ils ont trouvé une note moyenne de l'état de santé physique de 48,7(ET=±24,7) dans un sous-échantillon de 165 comoriennes restées aux Comores. Celles-ci présentaient une « incapacité restreinte », c'est-à-dire une restriction de certaines activités domestiques ou touchant la vie en dehors de la maison. Les participantes qui ne présentaient pas d'incapacité, mais qui avaient connu au moins deux problèmes de santé au cours des douze mois précédents l'enquête avaient pratiquement obtenu le même pointage (49,4; ET=±15,5). Leur pointage moyen de santé sociale était néanmoins élevé (75,1). Par contre, celui obtenu par leurs concitoyennes récemment immigrées à Marseille était relativement modeste (52,4). Les auteurs avaient conclu aux difficultés d'intégration dans un nouveau milieu.

On notera que le contexte de l'étude de Molines et collaborateurs était tout à fait différent de celui des déplacés internes et des réfugiés. Nous reviendrons plus en détail sur le PSD dans le chapitre méthodologique.

2.2.3.2. Les échelles événementielles

Comme nous l'avons décrit dans la section 2.2.1, plusieurs études, inspirées notamment par les travaux de Selye³⁹, ont porté sur l'association entre les événements traumatiques et la santé des individus, en accord avec l'approche basée sur la relation événement/maladie. Celle-ci stipule

³⁹ Il y a eu aussi, entre autres, les travaux de Cannon sur le stress dans la première moitié du 20^{ème} siècle...

que des changements (culturels et sociaux) importants peuvent provoquer des modifications de l'état de santé pour autant que l'événement ait un impact important sur le sujet et que celui-ci soit prédisposé à une maladie spécifique. Pour les tenants de cette approche, l'importance du changement associé à un événement survenu dans la vie lui donne un rôle pathogène. Des chercheurs, en tête desquels Holmes et Rahe (Holmes & Rahe, 1967), ont alors élaboré des échelles événementielles comme outils de mesure destinés à « quantifier » ces changements.

Holmes et Rahe ont effectivement proposé une échelle d'évaluation et du réajustement social (SRSS), de 43 événements qui seraient les plus fréquemment rencontrés dans la vie et susceptibles de provoquer une certaine quantité de changements lorsqu'ils surviennent dans la vie de tout un chacun. En lisant le SRSS, nous nous rendons compte que les événements les plus marquants de la vie viennent en tête du tableau ; ils sont généralement liés à la perte. Ainsi, le décès du conjoint est coté à 100 sur une échelle de 100 ; le divorce suit un peu loin à 73 et ainsi de suite. Vers la fin de l'échelle viennent les événements moins pénibles, souvent même heureux, qui demandent cependant un certain niveau d'ajustements quotidiens. Dans leur recherche, Holmes et Rahe se sont alors aperçus que les personnes qui avaient accumulé plusieurs événements stressants et atteignant un seuil critique de 300 points ou plus durant les six mois précédents l'enquête, avaient un taux de maladie sensiblement plus élevé que les autres.

Depuis, l'aspect théorique a bien évolué et des modèles de la psychologie sociale plus récents incluant notamment les facteurs sociaux, psychosociaux et environnementaux sont de plus en plus utilisés. Par contre, les échelles événementielles tiennent encore une place importante dans les outils méthodologiques de mesure des impacts des événements traumatiques sur la santé, y compris dans les contextes de guerre.

Les problèmes de santé propres aux déplacés de guerre ont donné lieu à une littérature scientifique abondante à la suite des conflits sanglants des années 60 et 70 en Asie du Sud-est et en Afrique, au Biafra. Les études réalisées depuis cette époque sont majoritairement anglo-saxonnes.

Quoique les instruments de mesure développés soient assez nombreux, ils restent, selon certains, pour la plupart discutables. Dans leur revue critique des publications en langue anglaise portant sur l'impact des événements traumatiques sur l'état de santé des réfugiés, Hollifield et collaborateurs (Hollifield et al., 2002) ont identifié près de quatre cents articles publiés dans des revues scientifiques répondant à différentes combinaisons des termes suivants : « refugee, trauma, health status, measurement ». Grâce à certains critères de rigueur préalablement définis (« purpose, construct definition, design, developmental process, reliability and validity »), ils ont retenu et analysé 183 documents. Ils ont trouvé que les auteurs de ces documents ont eu recours à 125 instruments de mesure différents (sous forme de questionnaire, d'enquêtes ou d'interviews) pour étudier les conséquences traumatiques sur l'état de

santé des réfugiés. De plus, ils ont noté que la plupart de ces outils avaient été développés pour des situations souvent complètement en dehors du cadre des réfugiés, mais adaptés ou appliqués par la suite auprès de cette population.

Un des instruments les plus utilisés conçus pour évaluer l'impact des événements traumatiques de la guerre sur l'état de santé des réfugiés, est le « Harvard Trauma Questionnaire » (HTQ) (Mollica et al., 1992). Le HTQ regroupe en fait trois versions d'échelles utilisées dans les années 80 sur des sujets indochinois (Cambodgiens, Laotiens et Vietnamiens) (Mollica, Wyshak, de Marneffe, Khuon, & Lavelle, 1987). Il s'agit d'un questionnaire auto-administré comportant trois sections. La première section de 16 items propose une liste d'événements traumatiques d'importance variable, allant du manque d'aliments ou d'eau au meurtre des membres de la famille. Pour les participants qui ont connu l'un ou l'autre de ces événements, le choix de réponse était de dire si l'individu a vécu l'événement, s'il en a été témoin, ou si celui-ci lui a été rapporté. La deuxième section comporte des questions ouvertes qui portent sur la description subjective des événements mentionnés dans la précédente section. Enfin, la dernière partie couvre une liste de 30 symptômes dont la plupart sont associés avec le PTSD. Considéré comme fiable et largement utilisé (Bhui et al., 2003; Farhood, Dimassi, & Lehtinen, 2006; Hollifield et al., 2002; Jones & Kafetsios, 2002; Silove, Steel, McGorry, & Mohan, 1998; Wyshak, 1994), le HTQ a été encore récemment traduit et validé aux fins d'utilisation dans d'autres cultures

(Lhewa, Banu, Rosenfeld, & Keller, 2007; Rasmussen, Smith, & Keller, 2007). De même, Roberts et collaborateurs (Roberts, Browne, Ocaka, Oyok, & Sondorp, 2008; Roberts, Ocaka, Browne, Oyok, & Sondorp, 2009) l'ont utilisée pour mesurer l'association entre les événements traumatiques et l'état de santé physique et mentale des déplacés internes en Ouganda. Notons cependant que l'instrument a été critiqué pour sa liste peu exhaustive de 16 items événementiels qui, selon certains, ne facilite pas la généralisation des résultats. De son côté, Allotey (Allotey, 1998) affirme que les problèmes de santé ne sont pas toujours liés à l'expérience traumatique de la violence de la guerre proprement dite ; il cite par exemple le cas des femmes réfugiées qui, sans avoir été personnellement torturées, perçoivent une marginalisation profonde dans leur société, laquelle est susceptible d'engendrer d'importants problèmes de santé.

L'IES — Impact of Event Scale — (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) ou l'échelle d'impact d'un événement selon la traduction française (Birmes et al., 2001) est un autre instrument de mesure couramment utilisé dans le cadre des études sur l'état de santé des réfugiés. Créé initialement pour les cas de deuil individuel afin d'évaluer l'intensité des conséquences du traumatisme, son usage s'est considérablement étendu à l'exploration de l'impact psychologique de plusieurs types d'événements traumatiques (Sundin & Horowitz, 2003). L'IES comprend quinze commentaires fréquemment exprimés par les patients en psychiatrie. Ils se répartissent selon deux facteurs : le premier facteur comporte 8 items

et correspond aux symptômes d'évitement, tels que les efforts fournis pour éviter tout rappel du traumatisme, les trous de mémoire, la perte d'intérêt pour les activités normales, le sentiment d'être coupé ou détaché des êtres chers, l'incapacité à éprouver des émotions et la difficulté à envisager l'avenir. Le second facteur comporte 7 items et couvre les symptômes d'intrusion caractérisés par des souvenirs pénibles de l'événement traumatique, des cauchemars associés au traumatisme, des sentiments de détresse et des symptômes physiques liés à l'événement.

Lors de l'enquête, le répondant doit indiquer la fréquence (échelonnée de 0 à 5) selon laquelle le libellé de chaque item correspond à la réalité au cours des 7 derniers jours. La note maximale est de 75. Cependant, la version originale de l'IES tend à évoluer pour couvrir une plus grande symptomatologie mentale telle que l'hyperexcitation. D'une sensibilité et d'une spécificité élevées, l'IES s'adresse essentiellement aux personnes répondant au critère PTSD comme beaucoup de travaux le démontrent dans la méta-analyse de Sundin et Horowitz.

Le « Post Migration Living Difficulties Scale » (PMLD) a été développé par Silove et collaborateurs (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar, & Steel, 1997) pour évaluer l'impact des événements stressants de vie des réfugiés demandeurs d'asile à Sydney. Il comporte une liste de 23 items qui couvrent les problèmes de santé, de famille, d'assistance sociale, d'isolement social et culturel, etc. L'instrument a établi qu'au sein des demandeurs d'asile en Australie, 79% avaient connu des événements traumatiques tels que le spectacle de la mort, le viol ou la

torture et que 37% remplissaient les critères du PTSD (Silove, Steel, McGorry, & Mohan, 1998). Quoique les critères de validité et de fiabilité ainsi que la manière dont l'échelle a été développée ne soient pas publiés, la critique reconnaît que cet instrument a le mérite de considérer d'autres épreuves de vie qui ne font pas directement partie de la violence de la guerre. De ce fait, le PMLD est souvent utilisé pour évaluer les besoins primaires de santé des réfugiés ou demandeurs d'asile (Eytan et al., 2002; Kisely, Stevens, Hart, & Douglas, 2002).

D'autres instruments ont été également utilisés pour mesurer l'état de santé des réfugiés. Nous citons le « Resettlement Stressor Scale » et le « War Trauma Scale » développés par Clarke et al. (1993). Le premier, composé de 32 items, fut utilisé pour mesurer le stress ressenti par les adolescents par rapport à leur fuite tandis que le second reprenait essentiellement les événements traumatiques vécus par les réfugiés sous le régime de Pol Pot. Citons également le Posttraumatic Symptom Scale-10 (Thulesius & Hakansson, 1999) qui mesure les symptômes de PTSD sur une courte liste de 10 questions. Ses auteurs l'ont utilisé pour mesurer le PTSD auprès d'une cohorte de 209 réfugiés bosniaques et de 307 autres personnes témoins.

Certaines études utilisent plus d'un instrument de mesure. Pour examiner l'impact de l'emprisonnement politique sur la santé en termes d'anxiété, de dépression et des symptômes somatiques déclarés par les réfugiés tibétains en Inde, Crescenzi et collaborateurs (Crescenzi et al., 2002) ont utilisé le Harvard Trauma Questionnaire de Mollica et

collaborateurs (voir plus haut) et le Hopkins Symptoms Schedule (HSCL). Le HSCL a été développé dans les années 50 à Johns Hopkins University; il est basé sur un rapport individuel de l'évolution clinique des patients en psychiatrie. Au début des années 1980, une version de 25 items (le HSCL-25) fût même utilisée en médecine familiale (Hesbacher, Rickels, Morris, Newman, & Rosenfeld, 1980; Winokur, Winokur, Rickels, & Cox, 1984). Mollica et collaborateurs (Mollica, Wyshak, de Marneffe et al., 1987) l'ont par la suite traduit et validé auprès des réfugiés venant d'Asie du sud : leur version propose une première section de plaintes somatiques ainsi qu'une deuxième couvrant un ensemble d'événements traumatiques tels que l'emprisonnement ou les privations. Dans l'étude de Crescenzi, le HSCL-25 a servi essentiellement pour mesurer la fréquence des événements traumatiques alors que le HTQ fut utilisé pour examiner le PTSD. Notons aussi qu'il existe plusieurs autres versions du HSCL, dont le "Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Lipman, Covi, & Shapiro, 1979; Westermeyer, 1986) destiné à mesurer l'évolution des symptômes psychologiques des sujets traumatisés bénéficiant des soins. De leur côté, Van Velsen et collaborateurs (Van Velsen, Gorst-Unsworth, & Turner, 1996) ont utilisé le « Survivor of Torture Assessment Record » (STAR) pour examiner les conséquences psychologiques de la violence subie par une soixantaine de patients en traitement psychiatrique. Le STAR comprend d'abord une entrevue semi structurée incluant notamment le statut politique, les activités politiques, l'histoire personnelle et familiale, les antécédents médicaux y compris psychologiques, ainsi que les détails

sur les éléments de la violence subie par le patient. Ensuite, deux instruments, l'échelle de l'impact de l'événement (Horowitz et al., 1979) et le HSCL-25 (Mollica, Wyshak, de Marneffe et al., 1987) sont utilisés pour compléter le STAR. Même si les auteurs témoignent de sa fiabilité, l'instrument ne semble pas avoir été repris par plusieurs chercheurs, notamment à cause de sa longueur qui le rend difficile à administrer.

À la suite de la guerre du Kosovo, Ai et collaborateurs (Ai et al., 2002) ont examiné la fréquence du traumatisme lié à la guerre et son association avec le PTSD par le biais du « Communal Traumatic Events Inventory » et le « PTSD Symptoms Scale » (Blake, Owens, & Keane, 1990; Kushner, Riggs, Foa, & Miller, 1993). Le répondant indiquait oui ou non devant une liste d'événements traumatiques vécus durant cette guerre et complétait par un questionnaire comportant 17 symptômes ressentis pendant les 7 jours précédents. Comme pour plusieurs instruments, la première partie de l'échelle sert à évaluer la fréquence des événements traumatiques alors que la deuxième partie analyse l'impact de ces événements sur la santé des personnes exposées en termes de sévérité du trouble de stress post-traumatique.

Bon nombre de chercheurs recourent aussi à ce que nous pouvons appeler des « instruments maison ». C'est le cas de l'échelle utilisée aux Pays-Bas par Hondius et collaborateurs (Hondius, van Willigen, Kleijn, & van der Ploeg, 2000) pour analyser l'association entre certains événements vécus par des réfugiés (latino-américains et moyen-orientaux) dans leur pays d'origine et le PTSD. Les variables relatives aux

événements traumatiques portaient notamment sur la torture physique et psychologique ainsi que sur d'autres événements violents vécus durant la guerre ou dans les camps de réfugiés.

L'échelle de Hondius et collaborateurs comporte un certain nombre de questions formulées comme suit. « Avez-vous vécu des événements violents ? » et (si la réponse est positive) « quelle sorte d'événements violents ? ». Pour les plaintes somatiques, la question est « Avez-vous des problèmes de santé ? » et (si la réponse est positive) « Lesquels ? ». Pour le reste de l'étude, les auteurs utilisent un questionnaire tiré du DSM-III-R (APA, 1987) pour mesurer le PTSD et son association avec les événements traumatiques. Malgré les biais (risque d'oubli lié au temps par exemple), ce questionnaire tranche avec ceux qui proposent une liste préétablie d'événements.

C'est également le cas de Bolton et collaborateurs (Bolton, Neugebauer, & Ndogoni, 2002) qui ont utilisé une méthodologie ethnographique pour examiner comment les Rwandais perçoivent les conséquences mentales du génocide de 1994. Avec l'aide des personnes-ressources de la communauté, les auteurs ont établi, en utilisant des termes locaux, une liste de troubles et de symptômes mentaux qu'ils ont ensuite recoupée et ajustée selon les termes connus en occident. Les chercheurs se sont rendu compte que les personnes interviewées réussissent à décrire les symptômes de dépression et de troubles de stress post-traumatiques comme conséquences du génocide en des termes similaires à ceux du DSM-IV. Enfin, Powell et al. (1998) ont

développé un instrument, le Checklist for War related Experiences, « CWE » de 44 items du genre « Avez-vous été témoin de l'assassinat d'un ou de plusieurs de vos proches ? ». Ces items couvrent beaucoup d'événements traumatiques vécus par les déplacés de guerre. Plus tard, Powell et collaborateurs (Powell & Rosner, 2005; Powell et al., 2003; Rosner, Powell, & Butollo, 2003) ont validé cet instrument auprès de groupes de réfugiées et de déplacés vivant en ex-Yougoslavie.

En résumé, les approches méthodologiques développées par les études relatives à l'évaluation de la santé des déplacés de guerre recourent à l'utilisation d'échelles événementielles pour évaluer l'association entre ces événements et la santé des personnes qui les ont vécus. Une des variantes à la liste d'événements généralement proposée consiste à laisser le participant raconter lui-même son expérience traumatique à travers des questions ouvertes. Par la suite, les chercheurs utilisent les instruments de mesure de l'état de santé et analysent son association avec ces événements.

2.2.3.3. Quelques instruments issus de la psychologie de la santé utilisés dans la mesure de la santé des réfugiés

2.2.3.3.1 Les indicateurs psychosomatiques

Dans la suite logique de son approche événementielle (voir Holmes et Rahe, 1967), Rahe (Rahe, 1990) a documenté plusieurs résultats d'études qui montrent certaines corrélations entre la variabilité interne (physiologique et métabolique) de l'organisme et certains événements de

la vie. Il en est venu à la conclusion que le changement hormonal apparaissant en cas d'événements majeurs témoigne de leur importance et constitue en même temps un bon indicateur de dérégulation ou d'adaptation physiologique. Plus concrètement, les événements traumatiques peuvent affecter la santé par l'atteinte du système immunitaire à travers le système nerveux central et les organes lymphoïdes, selon des études expérimentales menées par des chercheurs proches du modèle psychosomatique (Felten & Olschowka, 1987). Quant à Boscarino (Boscarino, 1996) et Friedman & Schnurr (Friedman & Schnurr, 1995a), ils parlent de changements physiologiques et neurochimiques très importants en cas d'événements stressants. Le cortisol, la thyroxine et la prolactine seraient des hormones très sensibles au stress. D'ailleurs, la concentration sanguine du cortisol augmenterait dans les situations où l'on a besoin de mobiliser des énergies (Frankenhaeuser & Johansson, 1986). L'augmentation ou la diminution de la concentration du cortisol au-delà des seuils normaux serait cependant nocive (McEwer, 1995). Tandis que le cortisol diminuerait dans les cas de fatigue chronique, la thyroxine augmenterait après une longue exposition au stress psychosocial alors que la prolactine augmenterait ou diminuerait selon la manière de s'ajuster (Floberg et al., 1970).

L'utilisation de ces indicateurs en matière de santé des réfugiés reste plutôt rare. Bauer et collaborateurs (Bauer, Priebe, Graf, Kurten, & Baumgartner, 1994) ont examiné le niveau quotidien du cortisol sanguin chez 84 réfugiés de l'ancienne Allemagne de l'Est ayant fui à l'Ouest. Ces

derniers souffraient tous de divers troubles psychiatriques au cours des six premières semaines passées à Berlin. Les chercheurs constatèrent des niveaux très élevés de cortisol chez ces patients comparativement aux sujets contrôles. De leur côté, Sabioncello et collaborateurs (Sabioncello et al., 2000) ont examiné l'impact du traumatisme causé par l'expulsion forcée de leurs maisons d'un groupe de vingt déplacés ; ceux-ci vivaient alors dans une région de la Bosnie-Herzégovine ravagée par la guerre. Les chercheurs ont trouvé notamment une grande concentration sanguine de cortisol par rapport à la moyenne enregistrée pour 14 femmes constituant un groupe de comparaison. Selon un des commentaires publiés à la suite de cette étude, il existe un lien entre la détérioration du système immunitaire constatée dans l'étude de Sabioncello et collaborateurs et l'importance croissante des affections chroniques (bronchites chroniques, hypertension, asthme, néoplasme malin, troubles thyroïdiens, etc.) constatée dans la population cible (Markotic, 2002). Une autre étude menée auprès de 86 réfugiés âgés de 18 à 48 ans, rapporte une association significative entre les événements de vie auto-déclarés et la variation de la concentration sanguine de certaines hormones sensibles au stress telles que le cortisol, la thyroxine et la prolactine (Sondergaard & Theorell, 2003). La plupart des participants avaient été exposés à un traumatisme sévère tel que la violence politique ou le génocide dans leurs pays d'origine. Ainsi, près de 60% des participants avaient perdu des membres de leurs familles et près de 18% avaient été emprisonnés. Par ailleurs, ces chercheurs ont trouvé que la présence de problèmes dans la

famille ou chez un ami très proche (cas de maladie ou de détresse par ex.) était associée à l'augmentation de la concentration sanguine du cortisol et de la thyroxine.

Malgré l'utilisation rare de tels indicateurs pour l'étude de la santé des déplacés de guerre, McNally (McNally, 2003) expose plusieurs controverses, mais aussi des progrès entourant l'évolution de la définition du traumatisme et des modèles dose-réponses du PTSD et du rôle des hormones. Cela laisse présager une utilisation accrue de ces modèles pour les études conduites auprès des traumatisés de guerre. Les modèles psychosociaux sur le stress et la santé ont établi depuis longtemps que la perturbation immunitaire entraîne une susceptibilité biologique pouvant prédisposer une personne, déjà exposée à un agent pathogène, à l'infection, activer les infections latentes dans l'organisme ou contribuer au développement rapide des processus pathogènes déjà enclenchés (Cohen & Williamson, 1991; Cohen, 1988; Solomon, Garb, Bleich, & Grupper, 1987). Par ailleurs, des changements dans les comportements susceptibles d'influencer l'immunité peuvent aussi apparaître dans des situations de stress. Par exemple, les personnes qui vivent des événements stressants tendent à adopter de mauvaises pratiques de santé telles que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, mauvaise alimentation, repos ou sommeil insuffisant, etc. (Cohen & Williamson, 1991).

Quel que soit le degré d'utilisation des indicateurs ci-haut décrits, la présence des symptômes somatiques constitue une variable importante

dans plusieurs études sur l'état de santé des déplacés de guerre (Hollifield, Warner, Krakow, Jenkins, & Westermeyer, 2009; Iglesias, Robertson, Johansson, Engfeldt, & Sundquist, 2003; Van Ommeren et al., 2002). Selon des résultats compilés à partir de quelques études (Hondius et al. 2000 ; Wagner et al. 2000 ; Fahrood et al. 1993), la plupart des symptômes rapportés vont des douleurs de toutes sortes (générales, neurologiques, musculaires, gastriques, maux de tête, de dos, etc.) aux problèmes plus systémiques (circulatoires, respiratoires, métaboliques), en passant par des symptômes très généraux tels que la faiblesse, les vertiges et les affections gastro-intestinales (constipation, diarrhées, nausées, ou vomissements).

2.2.3.3.2 La mesure des stratégies d'ajustement⁴⁰

Dans la section 2.2.1, nous avons vu l'évolution de la psychologie de la santé vers des modèles dits transactionnels dont font partie les stratégies d'ajustement. Diverses échelles ont été construites dans le but d'évaluer ce genre de stratégies. Parmi celles-ci, l'échelle de Lazarus et Folkman « *The Ways of Coping Check-List* » (Lazarus & Folkman, 1984) est probablement la plus connue et la plus utilisée. Elle est composée de 64 items répartis en huit sous-échelles dont deux correspondent à l'axe stratégique centré sur le problème et les six autres à l'axe centré sur l'émotion. Vitaliano et collaborateurs (Vitaliano, Russo, Maiuro, & Becker, 1985) en ont fait une version abrégée composée de 42 items et

⁴⁰ Dans la littérature les termes « stratégies d'ajustement », « stratégies d'adaptation », ou de « coping » sont employés indistinctement.

comprenant 5 sous-échelles, à savoir la résolution du problème, l'auto-accusation, la réévaluation positive, la recherche du soutien social et l'évitement. Plus tard, Paulhan et collaborateurs (Paulhan, Nuissier, Quintard, Cousson, & Bourgeois, 1994) ont traduit et validé cet instrument en français et ont confirmé à la même occasion les deux stratégies identifiées par Lazarus et son collègue, ainsi que les 5 sous-échelles observées par Vitaliono et collaborateurs.

Cependant, bon nombre de chercheurs ont plutôt tendance à élaborer des outils spécifiques, culturellement adaptés à leur population d'étude (souvent, aussi pour répondre aux besoins de leur propre recherche). En Afrique par exemple, l'approche utilisée par Shisana et Celentano (Shisana & Celentano, 1987) auprès des réfugiés namibiens diffère beaucoup de celle préconisée par les auteurs de « The Ways of Coping Check-List » précités. En effet, Shisana et Celentano ont demandé aux participants de s'imaginer deux situations stressantes purement hypothétiques. Dans un premier temps, quelqu'un répandrait un « vilain commérage » à leur encontre ; dans un deuxième temps, les participants devaient s'imaginer membres d'un groupe minoritaire dans un camp de réfugiés où ceux du groupe majoritaire s'emploieraient à les dénigrer ! Pour chaque situation, les auteurs ont posé une série de 12 questions dichotomiques du genre : « *allez vous identifier la personne qui a parti la rumeur et discuter avec elle... ou je ne dirais rien en présence des personnes de l'autre groupe...* » L'approche de Shisana et Celentano a été reprise et améliorée plus tard par Sharma et Van Ommeren (Sharma &

van Ommeren 1998) qui ont développé leur propre instrument de 20 questions appelé « *Refugee Coping Scale* » (RCS). Celui-ci a été utilisé par la suite pour examiner les stratégies d'ajustement des réfugiés népalais dont certains avaient été torturés dans leur pays (Emmelkamp, Komproe, Van Ommeren, & Schagen, 2002).

D'autres chercheurs préfèrent des questions ouvertes. Par exemple, pour analyser le rôle des stratégies d'ajustement dans une éventuelle association entre la perception de la discrimination raciale et la dépression, Noh et collaborateurs (Noh, Beiser, Kaspar, Hou, & Rummens, 1999) ont d'abord demandé à 647 réfugiés provenant d'Asie du sud, déjà installés au Canada, s'ils avaient été victimes de discrimination raciale dans leurs pays. Pour ceux qui ont répondu positivement, la question relative aux stratégies de coping était de savoir comment, de façon générale, ils avaient réagi à cette situation (*Overall how did you mainly react to these unpleasant experiences ?*). Après une analyse en composantes principales, deux stratégies se sont dégagées, la première centrée sur la tolérance et la seconde sur la confrontation. La méthode par question ouverte a été utilisée aussi par Gavrilovic et collaborateurs (Gavrilovic et al., 2003) pour examiner les stratégies de coping utilisées par les civils lors des attaques aériennes de 1999 en Yougoslavie. La question posée à 139 étudiants en médecine était formulée comme suit: « *Please, name ways that were useful in reducing the stress during the bombing* ». Les auteurs ont dégagé 9 sous-échelles

différentes allant de la pratique d'un sport à la consommation de certaines substances.

2.2.3.3.2.1. Les stratégies d'ajustement et la mesure de la santé des réfugiés

Plusieurs études montrent que les stratégies d'ajustement jouent sur l'association entre les événements stressants et la santé. Noh et collaborateurs (Noh et al., 1999) ont trouvé que les stratégies d'ajustement basées sur la tolérance ont un effet modificateur significatif sur l'association entre la situation de stress chronique mesurée par la discrimination raciale et la dépression ($F=2,4$; $p<0,0001$). Par contre, l'association avec les stratégies basées sur la confrontation n'était pas significative. De leur côté, Emmelkamp et collaborateurs (Emmelkamp et al., 2002) ont trouvé une association significative positive entre différentes stratégies d'ajustement et les symptômes somatiques chez 372 réfugiés népalais présentant aussi des signes d'anxiété et de dépression. La corrélation était relativement plus forte entre ces symptômes et les stratégies négatives (0,13 à 0,28) qu'avec les stratégies positives (0,12 à 0,14).

Certains chercheurs soulignent la difficulté de prédire le sens de l'association entre les stratégies d'ajustement et les symptômes somatiques. Un des problèmes souvent rencontrés serait qu'un niveau élevé de stress est corrélé avec un grand recours aux stratégies d'ajustement (Holahan & Moos, 1987a, 1987b; Marmar, Weiss, Metzler, &

Delucchi, 1996) alors qu'un niveau élevé de symptomatologie est à son tour associé à un recours aussi importante de ces mêmes stratégies (Charlton & Thompson, 1996; Leitenberg, Greenwald, & Cado, 1992). Conséquemment, même si le rôle modificateur est statistiquement significatif dans les associations, la quantité de la variance expliquée demeure faible. Soulignons par exemple que dans l'étude de Noh et collaborateurs (Noh et al., 1999), la variance expliquée par l'ajout des stratégies d'ajustement dans leur modèle était de 5% seulement.

2.2.3.3.2 Le soutien social

L'adaptation française du « *Ways of Coping Checklist* » (Paulhan et al., 1994; Vitaliano et al., 1985) a fait ressortir le soutien social comme une des principales stratégies d'ajustement. Bozzini et Tessier (Bozzini & Tessier, 1985) le perçoivent même comme une variable déterminante en santé physique et mentale. Par exemple, la quantité et la qualité du soutien social sont reconnues, depuis longtemps par plusieurs auteurs, comme étant très associées à la morbidité et à la mortalité (Cassel, 1976, 1995; Cobb, 1995; House, Landis, & Umberson, 1988).

Cependant, il appert dans la littérature qu'il existe des façons extrêmement variées de définir et de conceptualiser le soutien social, ce qui influence évidemment la conception des instruments de mesure. Sa nature multidimensionnelle et évolutive selon les cultures se répercute sur la façon de le mesurer (Dean & Lin, 1977; Kaplan, Cassel, & Gore, 1977; Mitchell & Trickett, 1980; Norbeck, 1981; Norbeck, Lindsey, & Carrieri,

1981; Shisana & Celentano, 1987). De plus, plusieurs des instruments de mesure du soutien social présenteraient, selon certains auteurs, des limites sur le plan métrologique : la fidélité et la validité seraient tantôt faibles, tantôt inconnues, etc (Beauregard & Dumond 1996).

En définitive, plusieurs approches ont été utilisées pour mesurer ce concept. Cependant, trois principales dimensions du soutien social reviennent souvent dans la littérature à savoir les ressources du réseau de soutien, les comportements de soutien et l'appréciation subjective de soutien. De même, certains indicateurs de liens sociaux tels que l'état matrimonial, la fréquence des contacts familiaux, l'organisation existentielle et biens d'autres sont régulièrement utilisés. Le tableau V résume quelques-uns des instruments du soutien social.

Tableau V. Quelques instruments de mesure du soutien social⁴¹

Nom de l'instrument	Auteurs	Brève description
<i>Inventory of Social Supportive Behaviors (ISSB)</i>	Barrera, Sandler et Ramsey (1981)	Un instrument mesurant les comportements qui procurent du soutien à un individu. Le répondant doit indiquer, à l'aide d'une échelle de cinq points, la fréquence du comportement décrit. Par ex., le nombre de fois où une personne lui a rendu tel ou tel autre service...
<i>Arizona Social Support interview Schedule (ASSIS)</i>	Barrera, 1981	Évalue le réseau de soutien social et la satisfaction du sujet à l'égard du soutien reçu.
<i>Interpersonal Support Evaluation List(ISEL)</i>	Cohen, Mermelstein, Karmack et Hoberman (1985)	Il mesure la perception de la disponibilité de ressources sociales.
<i>Le Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)</i>	Norbeck, Lindsey et Carrieri (1981)	Il mesure plusieurs dimensions du soutien social, notamment les ressources du réseau de soutien et l'appréciation subjective du soutien.
<i>Perceived Social Support from Friends and From Family (PSS-Fr et PSS-Fa)</i>	Procidano et Heller (1983),	Il mesure comment les besoins de soutien, d'information et de rétroaction sont comblés par les amis et par la famille. Cette évaluation repose sur la perception du soutien reçu.
<i>Social Support Questionnaire (SSQ)</i>	Sarason, Levine, Basham et Sarason (1983),	Il évalue la perception de la disponibilité et de la satisfaction du soutien social
<i>Social Support Appraisals Scale (SS-A)</i>	Vaux en 1982	Il mesure l'appréciation subjective du soutien social
<i>Le Social Support Behaviors Scale (SS-B)</i>	Vaux en 1982	Il mesure cinq types de comportements de soutien, soit le soutien émotionnel, l'assistance pratique, l'assistance financière, la socialisation et les conseils/avis.
<i>Le Social Support Resources Scale (SS-R)</i>	Vaux et Harrison, 1985	Il mesure les ressources du réseau de soutien.

2.2.3.3.2.3. Le soutien social et la santé des déplacés de guerre

Un des instruments couramment utilisés pour mesurer le soutien social chez les réfugiés est le Social Network Schedule développé par

⁴¹ Adapté à partir de : (Beauregard & Dumond 1996). La mesure du soutien social. Disponible en ligne au http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/soutien_social2.html

House (1981). Il quantifie 4 types de soutien social reçu, à savoir le soutien émotionnel, instrumental, informationnel et l'estime. L'instrument fait appel au réseau de soutien. Dans leur étude sur les réfugiés népalais, Emmelkamp et collaborateurs (Emmelkamp et al., 2002) ont identifié cinq sources de soutien : les partenaires, les enfants, la famille, les amis et les autres personnes. Ces sources ont servi dans leur modèle dont l'objectif était d'examiner l'association entre le soutien social et les symptômes somatiques d'un groupe de réfugiés asiatiques. Les résultats ont montré que ces symptômes étaient significativement et négativement associés au soutien social perçu (-0,12 à -0,15). Ce résultat tend à confirmer l'analyse de Thoits (Thoits, 1995) qui relève plusieurs données accumulées selon lesquelles le soutien perçu serait associé directement à une meilleure santé physique et mentale et amortirait généralement l'impact des événements majeurs et du stress chronique. Par contre, Emmelkamp et collaborateurs ont constaté qu'il n'y avait pas d'association significative entre les symptômes et le soutien social reçu. Les auteurs en ont conclu que l'absence de lien significatif avec cette dernière variable s'expliquerait par le changement du soutien social dans le temps ; la nature et la quantité du soutien reçu étant probablement différentes de celles qui étaient disponibles au moment des événements traumatiques.

De son côté, le « Norbeck Social Support Questionnaire » (Norbeck et al., 1981) a été utilisé par Shisana et Celentano (1987) pour examiner le rôle joué par le soutien social dans l'association entre les événements

traumatiques chroniques et les maladies somatiques déclarées par 88 réfugiés namibiens.

Certains instruments de soutien social sont utilisés dans leurs versions abrégées. Le « Social network size » (Mitchell & Trickett, 1980), par exemple, repose sur les dimensions relationnelles, émotionnelles et sur l'estime. Shisana et son collègue (Shisana & Celentano, 1987) l'ont utilisé en demandant aux participants de nommer parmi les gens de leur entourage, ceux qu'ils considèrent comme très proches. Le nombre total de personnes mentionnées représente alors la taille du réseau social. Il faut comprendre que la taille du réseau peut signifier le niveau individuel d'intégration ou d'isolement dans une société (Thoits, 1995).

Cette méthode et certaines de ses variantes sont d'ailleurs appréciées pour leur facilité d'application. Ainsi, pour savoir si les événements traumatiques ayant conduit les réfugiés tamouls à fuir en Inde étaient associés à leur santé et le rôle du soutien social dans cette association, De Vries (De Vries, 2001) a demandé aux participants d'indiquer les personnes qui leur avaient offert du soutien affectif. Parmi les réponses, il y avait les membres de la famille, les amis, les voisins, etc. De leur côté, Loughry et Flouri (Loughry & Flouri, 2001) ont demandé aux participants de répertorier cinq individus sur lesquels ils peuvent compter en cas de besoin. Cette question provient d'un instrument de mesure du soutien social développé par Weist et al. (1995).

2.2.3.3.3. Les outils de mesure de l'état de santé des déplacés : résumé

Les modèles issus de la psychologie de la santé ont contribué à expliquer l'association entre les événements traumatiques et la santé. L'approche psychosomatique et l'utilisation des indicateurs biopsychosociaux pourraient constituer une avenue importante dans la recherche fondamentale.

La notion de perception du stress a amené les chercheurs à intégrer, dans les modèles prédictifs, les variables cognitives et comportementales susceptibles de jouer un rôle modificateur de cette association. La théorie transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) impliquant les stratégies d'ajustement a été une des pionnières en la matière. Le soutien social reste une des ressources des stratégies d'ajustement.

Cela étant dit, en matière de santé des déplacés de guerre, très peu d'études utilisent ces stratégies dans leurs modèles d'analyse. Par ailleurs, même pour celles qui les utilisent, les indicateurs diffèrent souvent d'une étude à l'autre.

2.3 Controverse sur l'universalité du PTSD

Dans la section 2.2, nous avons passé en revue plusieurs résultats de recherche démontrant que les événements traumatiques sont susceptibles d'affecter la santé des déplacés de guerre. Dans la présente section, nous allons analyser la critique relative à l'orientation actuelle de la connaissance dans ce domaine.

Ainsi, bien que la littérature scientifique ait démontré que l'état de santé mentale constitue le point d'impact principal le plus étudié, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de chercheurs s'interrogent sur la prépondérance du concept de PTSD. Selon ces derniers, les liens associatifs entre les événements traumatiques et la santé mentale restent faibles ou modérés. Nous examinerons plus loin une critique croissante qui prétend que le PTSD est une vision carrément occidentale, largement imposée comme paradigme dominant. Nous analyserons également une nouvelle approche qui, elle, préconise une attention particulière sur l'environnement post-traumatique des déplacés de guerre (Bracken, Giller, & Summerfield, 1995; Kagee, 2005; Rechtman, 2002; Silove, 1999; Summerfield, 1997, 1999)

2.3.1 Liens associatifs évidents, mais souvent faibles

Depuis les vingt-cinq dernières années donc, certains auteurs ont prétendu que l'association entre les événements traumatiques et la santé des victimes ne se traduisait pas par des indicateurs d'association très puissants en termes de coefficients. Brown et Harris (Brown & Harris, 1986) notaient par exemple que la variance expliquée par les événements traumatiques était généralement faible, ne dépassant pas 10% dans les modèles explicatifs de troubles de santé, parfois même beaucoup moins dans les études utilisant des modèles événementiels. Plus tard, Kleber et Brom (Kleber & Brom, 1992) ont abondé dans le même sens : même si la corrélation entre le nombre des événements stressants et la sévérité de leurs effets est généralement statistiquement significative, son importance

en termes de pourcentage de variance expliquée reste tout de même faible. Ils affirment que cela aurait poussé beaucoup de chercheurs à conclure à l'absence d'importance clinique ou préventive de ce genre d'événements.

Beaucoup de résultats recensés montrent en effet des associations, certes statistiquement significatives, mais souvent faibles. Ainsi, Silove et collaborateurs (Silove et al., 1997) ont trouvé que la prévalence de PTSD au sein d'une population de réfugiés ayant vécu des événements traumatiques graves, tels que le fait d'être témoin de tueries massives, était de 37%. Dans une étude épidémiologique menée auprès d'une population sri lankaise éprouvée par la guerre, Somasundaram et collaborateurs (Somasundaram & Sivayokan, 1994) n'ont pu établir qu'une prévalence de 27 % de cas de PTSD parmi les 101 personnes âgées de 15 ans et plus participant à l'étude. Par contre, 64% de cet échantillon présentaient diverses séquelles psychologiques. Allden et collaborateurs (Allden et al., 1996) quant à eux ont trouvé que 23% des 104 exilés politiques vivant en Thaïlande, avec en moyenne 30 événements traumatiques, rencontraient le critère de PTSD. Shrestha et collaborateurs (Shrestha et al., 1998) n'ont trouvé que 14% de répondants souffrant de PTSD au sein d'un échantillon de 526 réfugiés torturés dans leur pays. Bien d'autres études menées sur des personnes récemment confrontées à des événements traumatiques de guerre ont enregistré des fréquences de PTSD encore plus basses, soit 9% dans l'étude de Hauff & Vaglum (Hauff

& Vaglum, 1993) et 3,5% dans celle de Hinton et collaborateurs (Hinton et al., 1993).

La plupart des résultats publiés ultérieurement ne semblent pas infirmer que le trouble de stress post-traumatique est relativement faible dans la population des réfugiés. Par exemple, Kagee (Kagee, 2005) a trouvé un taux variant entre 14 et 38% de personnes répondant aux critères de syndrome de stress post-traumatique dans un groupe de 148 survivants emprisonnés et torturés sous le régime d'apartheid. Les mêmes critères mesurés dans une communauté de réfugiés soudanais en Nouvelle-Zélande étaient démontrés par Schweitzer et collaborateurs (Schweitzer, Melville, Steel, & Lacherez, 2006) sur 13% de l'échantillon à l'étude.

Il existe cependant quelques rares études qui témoignent des taux de PTSD assez élevés dans les populations déplacées. L'étude de Thapa et Hauff (Thapa & Hauff, 2005) rapporte une prévalence de PTSD de plus de 53% au sein de déplacés internes du Népal où chaque participant à l'étude avait rapporté au moins un événement traumatique vécu pendant la guerre civile. De même, une récente étude menée en Ouganda a enregistré un taux de prévalence de PTSD très élevé, jusqu'à 74%, au sein de la population déplacée au nord de l'Ouganda fuyant les combats entre l'armée gouvernementale et la rébellion locale (Vinck, Pham, Stover, & Weinstein, 2007). Les auteurs citent néanmoins plusieurs limites liées notamment à l'insécurité des camps et à la validité même de l'instrument de mesure du PTSD dans le contexte du tiers monde.

En définitive, il apparaît que même si le PTSD est la conséquence négative la plus étudiée, la fréquence rapportée dans la grande majorité des études semble relativement peu élevée. De ceci, plutôt que de privilégier uniquement la recherche sur la santé mentale, il ressort l'intérêt d'étudier également l'impact des événements traumatiques sur les autres dimensions de la santé.

2.3.2 PTSD : concept très critiqué

C'est à partir des années 1990 que certains théoriciens de la santé ont sérieusement critiqué le concept de PTSD. Ils l'assimilent à « l'ontologisme occidental », autrement dit, une sorte de pensée ou de conception purement occidentale « exportée » ou plutôt « imposée » à d'autres cultures. Ils préconisent par exemple que l'état psychologique mesuré ne soit pas nécessairement le plus représentatif de la souffrance des survivants de la violence collective.

Les premières critiques du concept « universalisé » de PTSD furent formulées notamment par Bracken et collaborateurs (Bracken, Giller, & Summerfield, 1995; Bracken & Petty, 1998). Dans leur analyse, ces auteurs reconnaissent que beaucoup d'individus du tiers monde souffrent de traumatismes prolongés, et souvent multiples, en raison des situations de guerre et de violence politique qui sévit dans leurs communautés. Cependant, ils mettent en doute l'intérêt général de la prédominance de la seule approche biomédicale occidentale utilisée par la communauté médicale et scientifique pour comprendre et, possiblement, soulager leur

souffrance. Pour ces auteurs, le contexte dans lequel la violence est vécue est structuré par des réalités sociales, politiques et culturelles. Ces réalités déterminent aussi les comportements individuels et collectifs pour vivre et pour gérer les événements traumatiques, ainsi que le soutien social disponible pour s'adapter aux événements et au contexte socio-environnemental.

En guise d'exemple, Bracken et collaborateurs (Bracken et al., 1995) rapportent qu'« *In Uganda we looked for the symptoms of PTSD and found that while these were often present, they seldom dominated the person's account of his or her suffering. For example in a series of rape victims the commonest presenting complaints were somatic in nature* ». En fait, les conséquences du viol étaient surtout perçues comme étant de nature à hypothéquer leur fertilité – une question de valeur fondamentale dans la société ougandaise. Les femmes, y compris celles qui présentaient les symptômes de PTSD, choisirent plutôt de focaliser leur demande de soins sur le traitement de la symptomatologie somatique. Les auteurs donnent également l'exemple du Nicaragua où les déplacés de guerre, dont certains présentaient des signes de PTSD, répétaient que tout ce qui les intéressait était le retour à la paix qui leur permettrait de rejoindre leur ancienne communauté pour retisser les liens sociaux. C'est donc sans surprise que les auteurs suggèrent de reconnaître les limites inhérentes à la généralisation universelle du PTSD. À cet effet, reprenant la position de Bracken, Dequesne (2008) souligne que les états de PTSD sont bien décrits, mais qu'ils ne sont pas l'unique réponse et qu'ils

trahissent leurs limites quand il s'agit de rendre compte des conséquences des guerres et des conflits actuels des pays non occidentaux⁴².

Cela étant dit, le summum de la controverse fut probablement atteint au début des années 2000 avec les publications de Derek Summerfield⁴³ (Summerfield, 1999, 2001). L'auteur fustige particulièrement les tenants de ce qu'il appelle le « *Western trauma model* » dont il pourfend l'utilisation à tous les contextes, à toutes les cultures et dans pratiquement toutes les situations postconflituelles. Selon lui, « *...for the vast majority of survivors posttraumatic stress is a pseudocondition, a reframing of the understandable suffering of war as a technical problem to which short-term technical solutions like counselling are applicable. (...). There is no evidence that war-affected populations are seeking these imported approaches, which appear to ignore their own traditions, meaning systems, and active priorities* ». L'auteur dénonce, en termes très forts et souvent controversés (Summerfield, 2001), les limites du discours occidental sur le trauma et son imposition aux cliniciens et chercheurs des pays en développement. Aujourd'hui encore, il continue de prétendre que les définitions et les solutions occidentales ne devraient pas être appliquées de façon classique dans les pays non occidentaux (Summerfield, 2008).

⁴² Tiphaine Dequesne. Vécu traumatique, migratoire et résilient des réfugiés Khmers de France après le génocide Khmer rouge : quand la culture crie en silence. Consulté en ligne <http://www.reseau-terra.eu/article819.html>

⁴³ Dereck Summerfield est médecin, anthropologue et spécialiste de l'intervention psychiatrique humanitaire; également « *Senior lecturer* » à l'Hôpital universitaire St George de Londres.

Analysant la « critique relativiste » de Summerfield, Rechtman⁴⁴ (Rechtman, 2002) souligne que la controverse soulevée par ce dernier ne met pas en cause le PTSD en tant qu'indicateur d'état de santé et met encore moins en doute la reconnaissance de l'impact psychologique des traumatismes de guerre ou de violence extrême. C'est, relève-t-il, sa prépondérance et son expansion en tant que « construction occidentale destinée à imposer un modèle médical sur les souffrances des peuples en guerre, favorisant ainsi l'émergence d'une véritable industrie du traumatisme, exportable dans toutes les cultures » qui posent problème. Par industrie du traumatisme, l'auteur parle de plusieurs groupes de professionnels (avocats, experts, thérapeutes, conseillers en *PTSD*, etc.) qui profiteraient littéralement du PTSD. À l'opposé, d'autres auteurs disent que l'utilisation des instruments culturellement validés donnerait des résultats concluants, y compris dans les sociétés très traditionalistes (Hollander, Ekblad, Mukhamadiev, & Muminova, 2007).

Au-delà de leurs critiques, les tenants du courant « contestataire » avancent une nouvelle argumentation qu'il convient également d'analyser. Autant Bracken et ses collègues (Bracken et al., 1995) que Summerfield (Summerfield, 1999, 2000, 2006), tous prétendent notamment que le principe fondamental du rétablissement est intrinsèquement lié à la réédification des liens sociaux, économiques et culturels, ainsi qu'au respect des droits humains. Ce n'est que par cette voie, selon eux, que l'on puisse expliquer pourquoi certaines victimes développent des

⁴⁴ Richard Rechtman est médecin, Psychiatre des Hôpitaux et anthropologue.

symptômes psychologiques, ou plutôt pourquoi la grande majorité n'en développe pas. Summerfield allègue par exemple qu'il faut tenir compte de la capacité des survivants de faire leur deuil, de supporter leur souffrance et de rebondir dans la vie. L'auteur soutient également l'importance du respect des droits humains et de la justice sociale qui constituent à son avis des voies de thérapie collective.

L'anthropologue Gilles Bibeau, cité par Jacques (Jacques, 2001), dit qu'il y a différents modes de réponses au trauma en fonction de facteurs sociaux, familiaux et contextuels. Il souligne que « *la guerre n'est pas une expérience privée, c'est d'abord une expérience collective. Dans les situations de violence sociale, la souffrance n'est pas vécue comme interne, mais avant tout comme rupture de l'ordre social et moral* ». De son point de vue, les effets de la guerre (torture, viol, violences extrêmes) ne doivent pas être « psychologisés ». Ils ne sont pas séparables, dit-il, des autres forces « déstructurantes » à l'œuvre dans les sociétés. « *La pauvreté, la marginalisation, l'injustice, l'exclusion sont autant de facteurs traumatisants, mais qui relèvent de l'action politique davantage que de l'intervention psychiatrique* » ajoute Bibeau. La position de Bibeau démontre l'intérêt à regarder les répercussions de la violence collective sur tous les plans : individuel, communautaire et sociétal, en cherchant aussi les moyens d'intervention individuels et collectifs culturellement appropriés.

C'est également sur cette orientation vers une plus grande reconnaissance du contexte social et culturel dans les études sur le

traumatisme des guerres que vont focaliser les arguments de Silove et collaborateurs (Silove, 1999; Silove, Steel, & Watters, 2000). Selon eux, les événements stressants moins spécifiques tels que le fait de vivre dans une zone de guerre ou d'être déplacé ne constitueraient pas en soi des facteurs de risque étendus à l'ensemble des réfugiés. Ils estiment plutôt que la compréhension du dysfonctionnement différentiel de la santé des uns et des autres pourrait être recherchée à travers leurs mécanismes d'ajustement. De plus, étant donné que les études épidémiologiques suggèrent que la prévalence du PTSD dans la population des déplacés de guerre reste relativement faible, ces auteurs avancent qu'il faut rechercher d'autres facteurs qui interagissent sur l'état de santé. Leur hypothèse est que les événements sévères tels que ceux vécus par les déplacés comportent une signification complexe qui touche plusieurs systèmes tant au niveau individuel que sur le plan communautaire.

2.3.3. Les tendances théoriques émergentes

Comme on le voit, des mécanismes d'ajustement portant sur des éléments encore non explorés comme potentiellement explicatifs de l'état de santé des déplacés de guerre sont avancés. En termes pratiques, une nouvelle façon de conceptualiser les impacts de santé des événements traumatiques de guerre, issue, au moins en partie de la controverse décrite dans la section précédente, se développe dans la littérature sur la santé des déplacés. Silove et collaborateurs (Silove, 1999, 2004; Silove et al., 2000) ont identifié de nouveaux mécanismes d'ajustement

(socioculturels, environnementaux, droits humains, justice...) et proposent une approche multisystémique très intéressante pour comprendre ces mécanismes et saisir leur association avec la santé. Leur concept étant centré sur la réhabilitation sociale, les auteurs recommandent de porter une attention particulière aux moyens individuels, sociaux et culturels susceptibles de favoriser le système adaptatif des déplacés de guerre. Silove et ses collègues (Silove & Steel, 2006; Silove & Zwi, 2005) insistent sur le fait que la meilleure thérapie pour cette catégorie de personnes est sociale : subvenir aux besoins fondamentaux, réunification familiale, système de justice pour tous, rétablissement de la cohésion sociale, politique et culturelle. La nouvelle explication de l'état de santé qu'ils mettent de l'avant tient compte alors de plusieurs dimensions d'analyse dont certaines sont évoquées dans les lignes suivantes.

À toutes fins utiles, rappelons d'abord que le principe fondamental sur lequel l'Association américaine de psychiatrie (APA, 1994) s'est basée pour définir le PTSD est que celui-ci correspond à l'occurrence de certains symptômes apparaissant après un événement traumatique ; toutefois, un tel événement doit constituer une menace sérieuse pour la vie ou l'intégrité physique de la personne ou pour celle d'un proche. Cet organisme établit donc clairement que la perception de la menace est étroitement liée au développement du PTSD. Plusieurs travaux, dont certains ne concernent même pas la problématique des déplacés de guerre ou de conflits armés, démontrent une association entre les menaces de mort et le déclenchement de certains mécanismes

psychopathologiques. À cet effet, nous citons deux études (Blanchard et al., 1995; Holbrook, Hoyt, Stein, & Sieber, 2001) dont les résultats montrent que la perception de menace à la vie (l'ampleur du danger et l'intensité de la peur de mourir) est associée au trouble du stress post-traumatique. De même, Jeavons et collaborateurs (Jeavons, 2000; Jeavons, Greenwood, & Horne, 2000) déclarent que le fait de penser que l'on va mourir est fortement associé aux problèmes de santé mentale. Parallèlement, d'autres chercheurs, dont Steel et collaborateurs (Steel, Silove, Bird, McGorry, & Mohan, 1999) et King et collaborateurs (King, King, Foy, Keane, & Fairbank, 1999; King, King, Gudanowski, & Vreven, 1995) démontrent que la menace à la vie ainsi qu'un environnement post-traumatique malveillant sont des facteurs déterminants de la durée et l'intensité de la réaction post-traumatique initiale. Des études récentes confirment que l'expérience de violence vécue antérieurement, le fait même d'avoir développé un PTSD dans le passé ou la perception de menace (liée au terrorisme par exemple) sont autant des facteurs qui prédisent le développement du PTSD (Gil & Caspi, 2006; Johansen, Wahl, Eilertsen, & Weisaeth, 2007).

Donc, si l'on accepte que dans leur exil, les déplacés de guerre restent sujets à des menaces à la vie ou à des tentatives de mort, en plus des événements traumatiques qui les ont poussés à fuir leur milieu (contexte de la guerre), la recherche en santé publique devrait intégrer cette perception de menace dans les modèles de prédiction de l'état de santé.

Le cadre de réflexion de Silove (Silove, 1999) évoque le fait que la violence collective et le déplacement massif des populations qui en découle perturbent grandement la vie affective des survivants. Les pertes en vies humaines, les séparations involontaires et les privations sont nombreuses et déchirantes ; plusieurs liens interpersonnels importants se brisent. Les survivants perdent les propriétés pour lesquelles ils ont travaillé une grande partie de leur vie. À côté de ces pertes réelles, il existe aussi des pertes symboliques, plus subtiles, qui concernent le sentiment d'appartenance, la cohésion sociale, la rupture avec le domaine ancestral, la perte de la culture et des traditions, etc. Par exemple, Vandermark (2007) utilise les théories d'appartenance sociales et identitaires d'Anthony Giddens⁴⁵ pour démontrer l'impact psychosocial du déplacement de certaines populations. Selon cet auteur, l'attachement à un « chez-soi » socialement déterminé est capital pour l'identité de l'individu, son sentiment d'appartenance et sa capacité de faire face à la vie. Au contraire, le déplacement forcé provoque l'inquiétude et la dépression et réduit les capacités sociales, fonctionnelles et autogestionnaires. Conséquemment, la solution du problème des déplacés exige que l'on tienne compte de leur vécu géographique ou spatial.

Différents auteurs avancent donc que ces pertes suscitent des troubles tels que le chagrin ou la nostalgie dont les critères de diagnostic sont développés par certains chercheurs comme Horowitz (Horowitz,

⁴⁵ Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Stanford, C.A : Stanford University Press.

1979), Prigerson et collaborateurs (Prigerson et al., 1997) ou encore Eisenbruch (Eisenbruch, 1991). L'étude d'Eisenbruch menée auprès des réfugiés asiatiques revient notamment sur la notion de deuil culturel. C'est une forme spécifique de chagrin associé à la vie de réfugié qui inclut des souvenirs douloureux et des pensées morbides qui pèsent sur la vie quotidienne à cause de la perte de structure sociale, de valeurs culturelles et d'identité. En définitive, l'état des connaissances montre que la perturbation des liens affectifs conduit au développement d'un ensemble de réactions susceptibles d'affecter la santé des déplacés, d'où l'intérêt d'en tenir compte dans les modèles.

Par ailleurs, la violence collective est l'expression même de la violation extrême des droits de la personne au cours de laquelle les agresseurs s'adonnent aux actes de déshumanisation, d'humiliation et de dégradation d'autrui. Les travaux de Silove et collaborateurs cités dans la présente section montrent quelques exemples de déshumanisation vécue par les victimes de l'Holocauste orchestré par les nazis qui, sous la menace, étaient obligées de faire des choix impossibles : trahison forcée, dénonciation des siens, complicité avec l'agresseur. De même, après la guerre, les survivants se retrouvent parfois confinés dans des camps de déplacés, dans un monde qui n'est pas le leur, sans aucune assistance. Les auteurs soutiennent que de telles situations engendrent des sentiments d'injustice intense. Ces sentiments sont d'autant plus exacerbés que les responsables de la violence collective vivent souvent dans l'impunité, défiant quotidiennement leurs victimes. La colère

chronique, voire la rage entretenue par ce sentiment d'injustice, entraîne souvent les survivants dans un cercle vicieux de violence. Puisque la colère est reconnue comme une des manifestations des états de santé tels que le PTSD, la dépression, le chagrin ou la perturbation de la personnalité, les auteurs proposent alors d'intégrer cette dimension de justice/injustice dans l'évaluation de l'état de santé.

Silove et collaborateurs évoquent, par ailleurs, le doute des survivants de traitements cruels et inhumains sur la nature humaine de leurs bourreaux. La violation de leurs droits les laisse souvent avec des préoccupations existentielles dans lesquelles ils essaient de trouver sans succès la raison de leur souffrance. Les auteurs notent que ces gens font face alors à une profonde crise de confiance, de croyance et de signification de la vie pouvant susciter les sentiments d'aliénation et d'isolement, bref de repli sur soi. Les chercheurs proposent de caractériser et de modéliser cette perturbation du système des valeurs.

Sur le plan identitaire, ces chercheurs relèvent que l'endoctrinement, la propagande, l'ostracisme et l'isolement sont des techniques couramment utilisées pour miner le sens de la cohésion et de l'identité des personnes visées par la violence. Ces facteurs, qui viennent s'ajouter aux dommages physiques et psychologiques déjà subis, aggravent la souffrance morale des survivants. L'anonymat et la dépendance associés au confinement dans un camp de déplacés, l'absence de reconnaissance du statut antérieur de l'individu (connaissances, qualifications, mérite) dans le nouveau milieu d'accueil

constituent une menace directe à l'identité. Silove et collaborateurs estiment donc qu'il faut bien examiner, tant au niveau collectif qu'individuel des populations traumatisées, les facteurs directs et indirects qui peuvent conduire à la crise d'identité.

2.3.4. Arrimage de notre thèse aux nouvelles tendances

Il est clair que l'approche préconisée par le nouveau courant, particulièrement détaillée dans les études de Silove et collaborateurs, met à contribution les facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent la signification que chaque individu donne au contexte vécu, et partant, son état de santé du moment. Sans nier l'importance du PTSD comme indicateur de santé des réfugiés, nous sommes d'avis que les facteurs décrits dans la présente section constituent également une piste d'évaluation des déterminants de l'état de santé des personnes déplacées par la guerre. Ceci est d'autant vrai que, selon Dusquene (2008), la mesure du PTSD suppose que l'exposition traumatique est terminée alors que dans la réalité les violences liées à la guerre, à moyen ou à long terme, ne s'achèvent pas avec la guerre. Cette assertion est tout à fait vérifiable dans la plupart des camps de déplacés internes, y compris ceux du Burundi. Ainsi, en référence à notre propre problématique, les stratégies de coping et de soutien social généralement examinées nous apparaissent nettement insuffisantes dans un climat d'après-violence collective. L'approche suggère clairement de prendre en compte des facteurs qui pèsent sur la capacité individuelle et communautaire de

gestion de la période dite post-traumatique. Est-ce que l'individu déplacé peut être en bonne santé lorsque, dans son nouvel environnement, s'il perçoit toujours des menaces pour sa vie ? Y a-t-il un lien entre son état de santé et les frustrations accumulées à la suite de la violence et de l'injustice ? Est-ce que le déplacé satisfait ses besoins fondamentaux, personnels et familiaux ? Ces questions existentielles, très élémentaires, probablement inimaginables en Occident sont capitales dans les populations des pays pauvres qui émergent des conflits. La lecture que nous avons faite de la littérature scientifique nous montre que cette dimension d'analyse empruntée au nouveau courant n'est pas suffisamment mise à contribution : elle sera au centre de notre cadre conceptuel.

2.4 Conclusion générale de la recension des écrits

La violence collective constitue un lourd fardeau pour la santé publique, plus particulièrement en Afrique qui, à elle seule, compte pour plus de la moitié de tous les décès causés par l'ensemble des conflits dans le monde entier. L'une des conséquences est le déplacement massif des populations qui se réfugient vers l'extérieur du pays, mais aussi de plus en plus à l'intérieur des frontières nationales. Ceux qui ne traversent pas sont appelés déplacés internes. De cette revue de littérature, il ressort que l'état de santé des déplacés internes est peu documenté. Pourtant, leur état de santé est au moins aussi vulnérable que celui des réfugiés.

Selon les connaissances accumulées, il existe suffisamment de données attestant que l'état de santé des personnes déplacées est associé aux événements traumatiques vécus pendant la guerre. La conséquence sanitaire la plus fréquemment étudiée est l'état de santé mentale et plus particulièrement le trouble de stress post-traumatique. Les approches méthodologiques développées recourent à l'utilisation d'échelles événementielles. Par la suite, les chercheurs utilisent des instruments de mesure de l'état de santé et analysent son association avec ces événements. Les modèles issus de la psychologie de la santé sont eux aussi mis à contribution pour expliquer l'état de santé des personnes déplacées par la guerre. Les modèles prédictifs intègrent alors les variables cognitives et comportementales telles que les stratégies d'ajustement. Malheureusement, très peu d'études portant sur les déplacés de guerre utilisent les modèles psychosociaux. Il existe donc peu

d'instruments comprenant les stratégies d'ajustement, développées et validées pour la catégorie de population qui nous intéresse.

Nous formulons quelques critiques dans ce chapitre. La première critique tient à la mesure des conséquences des événements traumatiques consécutifs à la violence collective. La mesure de l'état de santé est orientée presque exclusivement vers la santé mentale. Tout en reconnaissant que la santé mentale est une dimension très importante, qui explique en bonne partie l'impact du trauma sur la santé, nous sommes d'avis qu'une évaluation plus globale, touchant à la fois plusieurs dimensions, donnerait davantage d'indications sur l'état de santé des déplacés internes. L'autre critique concerne le peu d'importance accordée à l'environnement post-traumatique. Certes, le contexte de guerre implique d'abord que la personne ait survécu à différents événements traumatiques affectant son état de santé. La plupart des instruments mesurent d'ailleurs cet état en termes de niveaux de PTSD, de dépression, d'anxiété ainsi que d'autres problèmes de santé mentale. Mais le déplacement signifie que le déplacé doit quitter son milieu de vie et s'adapter aux réalités d'un nouvel environnement que nous appelons post-traumatique en référence à la situation conflictuelle de départ. Nous sommes particulièrement d'accord avec ceux qui prônent, dans les modèles prédictifs, une prise en compte des facteurs qui pèsent sur la capacité individuelle et communautaire de gestion de cet environnement post-traumatique.

CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHES

3.1 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel que nous proposons (fig.6) s'inspire du modèle de stress de Kleber et Brom (Kleber & Brom, 1992) (voir fig.4) et des éléments théoriques récemment développés par les tenants du rôle pivot joué par les nouveaux mécanismes d'ajustement discutés dans le chapitre précédent. Le cadre couvre donc deux composantes essentielles de thèse constamment évoquées, mais qu'il convient encore d'expliquer avant de les conceptualiser : il s'agit des événements traumatiques et de l'environnement post-traumatique. Rappelons encore que dans le cadre de cette thèse, nous entendons examiner quatre dimensions de l'état de santé à savoir : l'état de santé physique, l'état de santé sociale, l'état de santé perçue et l'incapacité. Elles seront détaillées plus loin.

3.1.1. Retour sur les contextes.

Le modèle de stress proposé par Kleber et Brom (1992) nous aide à clarifier et à conceptualiser la partie qui porte sur les événements traumatiques et leurs conséquences sur la santé. À partir d'une date précise – en l'occurrence le 21 octobre 1993 — et pendant plusieurs semaines, une partie de la population burundaise a été surprise par des massacres à caractère sélectifs fondés sur l'appartenance ethnique et accessoirement politique. Les faits se sont déroulés dans le milieu de

résidence séculaire : la colline⁴⁶, le voisinage, la maison, les champs, la brousse environnante, les rivières et ruisseaux qui constituent normalement les limites naturelles des collines et qui ont charrié la plupart des cadavres. Chrétien, (1995 ; p22) décrit le déroulement de ces massacres comme suit :

« [...] Le processus est chaque fois le même. Des ponts sont coupés et des arbres abattus pour bloquer les routes. Des cordes et des bidons d'essence sont distribués à des bandes de jeunes militants armés de machettes qui commencent à arrêter les gens et à les regrouper, les mains liées, dans des locaux commerciaux ou administratifs. Les victimes sont les Tutsi, mais aussi des Hutu de l'opposition. Un tri ethnique est aussi effectué dans les écoles secondaires : à Kibimba, près d'une centaine d'élèves Tutsi sont brûlés vifs dans une ancienne boutique au préalable cadenassée et aspergée d'essence [...] ».

Rappelons aussi que des Hutus ont été également massacrés par vengeance :

« [...] un massacre aveugle de Hutus, aidés souvent en cela par les survivants eux-mêmes [...] »⁴⁷.

C'est de cette manière que des milliers de gens des deux ethnies ont été tués, d'autres réussissant à s'enfuir. Les déplacés internes font partie de ceux qui ont réussi à s'enfuir. Ce sont donc des survivants dont certains ont vécu les événements traumatisants tels que la menace de mort, les blessures, les tortures, les spectacles de la mort ou de la torture des proches, les spectacles de destructions. Le modèle de Kleber et Brom (1992) stipule que les événements traumatiques sont associés aux

⁴⁶ La colline est l'équivalent du village ou du quartier.

⁴⁷ Rapport des Nations Unies N° : S/1996/832

problèmes de santé, mais suggère de considérer les facteurs susceptibles d'influencer cette relation. Ils parlent de signification accordée à l'événement.

Cependant, ce modèle centré sur les événements et leur impact de santé fait abstraction des facteurs qui pèsent sur la capacité individuelle de gestion de la période post-traumatique, notamment en cas de déplacement massif des populations. Il n'explore pas les facteurs de l'environnement psychosocial post-traumatiques dans lesquels vivent ces populations. Rappelons cette fois-ci en quoi consiste ce deuxième contexte : du jour au lendemain, les déplacés ont tout perdu. Chassés de leurs milieux habituels, ils ont quitté leurs maisons et leur milieu habituel pour trouver un autre endroit moins menaçant. Ils ont recommencé une nouvelle vie, au moins temporairement, dans un environnement constitué par le camp de déplacés. Plusieurs caractéristiques de cet environnement sont susceptibles d'avoir des impacts au niveau de leur santé. C'est ici qu'interviennent alors plusieurs éléments du courant théorique défendu par Bracken, Summerfield, Silove et leurs collaborateurs.

3.1.2. Présentation du cadre conceptuel

Notre cadre conceptuel tient compte de ce double contexte des événements traumatiques et de l'environnement post-traumatique. La flèche A symbolise la relation entre les événements traumatiques et la santé. Cependant, cette relation n'est pas directe dans la mesure où plusieurs éléments interagissent pour influencer la santé. D'abord, nous

mettons dans notre cadre conceptuel les mécanismes individuels et sociaux que sont les stratégies d'ajustement ou « coping ». Nous présumons que ces mécanismes seraient associés à l'état de santé des déplacés d'une part (flèche B), et joueraient un rôle sur le rapport entre les événements traumatiques et l'état de santé d'autre part (flèche B').

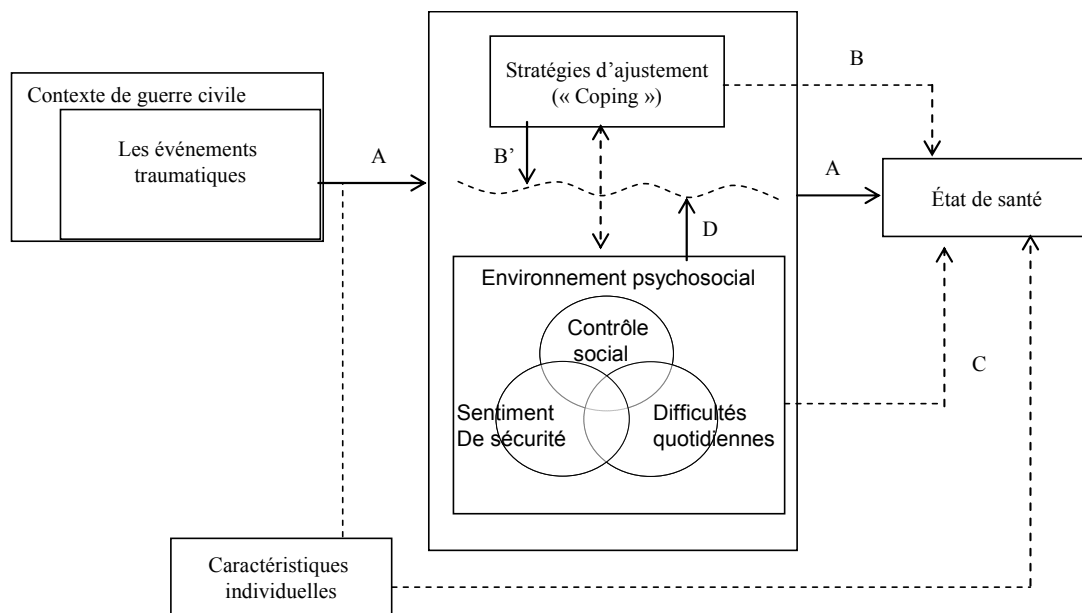


Figure 6 : Cadre conceptuel

En ce qui concerne le deuxième contexte, nous présumons que les facteurs de l'environnement psychosocial post-traumatique ont un impact sur la santé de la population à l'étude ; ce lien est représenté par la flèche C dans la figure 4. Nous pensons également qu'ils sont susceptibles d'agir, à l'instar des stratégies d'ajustement, comme modificateurs d'effet sur le lien associatif entre les événements traumatiques et la santé, ce que symbolise la flèche D. Cette partie du cadre conceptuel représente la

contribution ultime de cette thèse et demande donc que nous l'expliquions davantage. Nous avons choisi de l'analyser sur les trois dimensions suivantes : le sentiment de sécurité, le contrôle social et les difficultés chroniques.

3.1.2.1. Le sentiment de sécurité

Notre cadre conceptuel propose d'explorer le sentiment de sécurité (ou d'insécurité) des déplacés internes burundais en recueillant les informations sur la peur actuelle de revivre les mêmes événements et sur la présence des agresseurs dans leur environnement. Dans les contextes de crise humanitaire, des experts de la santé publique tels que Toole et Waldman (Toole & Waldman, 1997), Sydel et Levy (Sidel & Levy, 2008) ou Salama et collaborateurs (Salama et al., 2004) sont unanimes : les déplacés internes sont non seulement hantés par le souvenir des massacres, mais ils sont également submergés par la crainte perpétuelle de nouvelles vagues meurtrières.

Au Burundi, cette crainte découle du fait que la violence est cyclique, souvent imprévisible, que l'environnement politique et militaire dans le pays n'était pas rassurant, et que les embuscades sur les routes étaient encore monnaie courante au moment de notre enquête ! Di Perri et collaborateurs (Di Perri et al., 1998) qui ont séjourné un moment au Nord du Burundi racontent par exemple que certains déplacés étaient obligés de passer la nuit cachés dans la brousse à une température moyenne de 12°C, et de réapparaître le jour pour travailler leur lopin de terre.

Par ailleurs, puisque la guerre civile burundaise est de nature ethnique, ces populations se sentent vulnérables : leurs agresseurs les connaissent ou les reconnaissent facilement parce qu'ils étaient voisins au départ, ou tout simplement par des différences physiques ou morphologiques plutôt forgées, car en réalité, et selon plusieurs observateurs, celles-ci ne seraient même pas pertinentes (Franche, 1997). Ainsi, les déplacés internes continuent à vivre dans la peur constante de mourir. Cette perception permanente de menace à la vie se situe au niveau d'analyse que Silove et collaborateurs appellent « the safety system ».

3.1.2.2. Le contrôle social

L'individu n'est pas seul ; il fait partie d'une communauté. Dans la perception africaine, une communauté réfère à un ensemble d'êtres humains qui habitent une zone géographique donnée, partagent le même mode de vie, travaillent ensemble et ont conscience d'appartenir au même groupe. Plus largement, l'individu fait partie d'une société et chaque société a des normes. Selon Rocher (Rocher, 1995), la force de ces normes réside dans les sanctions qui les accompagnent. Le contrôle social comprend alors l'ensemble des sanctions positives et négatives auxquelles une société recourt pour assurer la conformité des conduites aux normes qui servent de guide dans l'orientation de l'action.

La violence collective, surtout celle basée sur des considérations ethniques, sape les fondements de la communauté. Au sein de la

communauté, elle engendre une rupture du lien social ; le tissu social s'effrite et la méfiance devient une stratégie de survie. Les massacres survenus en 1993 au Burundi s'inscrivent dans ce contexte. Ils ne sont pas dans les normes culturelles des gens de ce pays (comprenez, par culture, un ensemble de savoirs et de pratiques déterminés par des normes et des valeurs partagées par les citoyens). Ils apparaissent même, en tout cas pour les victimes, comme une atteinte à la dignité individuelle et collective, une crise dans la société burundaise non conforme aux normes et aux valeurs communes.

Ainsi, dans ce climat de déchirure sociale marqué par la méfiance réciproque, le rétablissement de la cohésion et du fonctionnement de la communauté passe par le recouvrement du contrôle social. En référence au système de justice prôné par Silove et collaborateurs, notre cadre conceptuel aborde le contrôle social à travers les rapports entre le système judiciaire burundais et les déplacés internes. De plus, il tient compte de l'opinion actuelle des déplacés face à leurs anciens voisins et au contentieux qui les oppose.

3.1.2.3 Les difficultés chroniques

Dans le contexte burundais, certaines difficultés quotidiennes pratiquement permanentes exacerbent les conditions de vie des déplacés. Déjà, le fait d'être déplacé de son domicile vers une destination d'hébergement inconnue et inconfortable constitue un facteur déstabilisateur qui touche l'individu. De plus, les déplacés internes sont

obligés de lutter pour leur survie. Les abris de fortune ne les protègent pas des aléas de la nature (climat et piqûres d'insectes par exemple). Les besoins fondamentaux comme l'approvisionnement en eau potable ne sont pas satisfaits. De surcroît, les services médicaux sont quasi inexistantes faute de personnel ou de médicaments. À la longue, ces exigences quotidiennes qui viennent s'ajouter aux impacts de santé physiques et psychosociaux déjà subis au plus fort moment de la violence affectent l'état de santé des déplacés. Notre cadre conceptuel projette d'identifier la nature du lien entre les difficultés chroniques et la santé des déplacés burundais en examinant les informations relatives à la santé du conjoint ou de la conjointe, aux difficultés qui touchent les enfants et à certaines conditions de vie élémentaires qui touchent le milieu de vie des déplacés.

3.1.3. Les autres éléments du cadre conceptuel

Les caractéristiques individuelles complètent notre cadre conceptuel. Celles qui sont souvent incorporées dans les modèles prédictifs de la santé des déplacés de guerre sont l'âge, le genre, l'état matrimonial, l'éducation et la profession.

3.2 Objectifs et questions de recherche

Notre étude vise à documenter l'état de santé des personnes déplacées par la guerre au Burundi, et à identifier ses déterminants. À notre connaissance, aucune étude — portant à la fois sur les événements traumatiques de 1993, l'environnement psychosocial post-traumatique et

l'état de santé des déplacés — n'a été conduite sur les déplacés internes dans ce pays. La présente étude s'insère dans le vaste domaine de recherche sur les états de santé en rapport avec les facteurs de stress et les stratégies d'ajustement.

L'étude vise les objectifs et sous-objectifs spécifiques suivants :

a) Modéliser l'association entre les événements traumatiques et l'état de santé des déplacés internes burundais

- ☞ Établir la validité de l'instrument de mesure de l'état de santé des personnes déplacées par la guerre civile au Burundi
- ☞ Décrire l'ampleur des événements traumatiques vécus par ces déplacés en 1993 et examiner le lien entre ces événements et l'état de santé actuel des déplacés burundais

b) Modéliser, pour les déplacés internes burundais, l'association entre les stratégies de coping et l'état de santé d'une part et les facteurs de l'environnement post-traumatique et l'état de santé d'autre part.

- ☞ Examiner la contribution des stratégies de « coping » sur l'état de santé des déplacés internes
- ☞ Caractériser l'environnement psychosocial post-traumatique des déplacés et examiner son association avec l'état de santé des déplacés.

Nous formulons deux hypothèses. La première est que, conformément à l'état des connaissances, les événements traumatiques vécus par les déplacés burundais sont négativement associés à l'état de santé physique, à l'état de santé sociale, à l'état de santé perçu et, positivement,

avec l'incapacité. De même, les facteurs de l'environnement psychosocial post-traumatique sont des déterminants importants de la santé des déplacés de guerre. Ainsi, notre deuxième hypothèse est que les déplacés internes qui perçoivent que leur vie est menacée, qui exercent un faible contrôle social sur la situation et qui éprouvent des difficultés existentielles dans leurs ménages sont — en interaction avec les événements traumatiques vécus — en moins bonne santé.

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

4.1 Devis de l'étude

Le devis est de type transversal, post événementiel et sans groupe témoin. Il s'agit donc d'une recherche non expérimentale quantitative corrélative où nous avons recueilli de façon rétrospective d'abord, des informations sur l'exposition à des événements traumatiques, et de manière transversale ensuite, la mesure de l'état de santé et des autres variables du modèle.

Les variables dépendantes concernent l'état de santé physique, l'état de santé social, l'état de santé perçu et l'incapacité. Les principales variables explicatives sont les événements traumatiques vécus par les participants, les facteurs de l'environnement post-traumatique, ainsi que les stratégies d'ajustement des déplacés. Les événements traumatiques auxquels cette étude réfère sont des actes qui découlent de la violence perpétrée au cours du dernier trimestre de 1993. Les participants à l'étude sont des personnes adultes qui ont vécu ces événements traumatiques ou qui en ont été témoins et qui, en conséquence de ces événements, vivent en dehors de leur milieu de vie séculaire. Officiellement, le gouvernement burundais les désigne en termes de « déplacés internes ». Le milieu où ils vivent s'appelle « site de déplacés ». Leur environnement post-traumatique correspond à leur milieu de vie, sur le site, au moment de l'enquête. Nous plaçons aussi dans la

catégorie des variables explicatives, les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

Un tel devis a ses forces et ses faiblesses. Bien qu'il ne puisse en résulter des conclusions de cause à effet, ce genre de devis permet d'analyser la relation entre un phénomène du moment présent et un phénomène du passé. Elle vérifie la nature de la relation entre les variables des deux phénomènes de manière à pouvoir l'expliquer.

Comme avantage, il est peu coûteux, et facilement réalisable techniquement surtout dans le contexte de la présente étude. De même, sur le plan éthique, le devis n'écarte aucune personne pour autant qu'elle satisfait les critères d'inclusion et ne se retrouve pas dans ceux d'exclusion. Parmi ses faiblesses, mentionnons d'abord le fait que nous n'ayons aucun contrôle sur ce qui a amené les constats ou les facteurs responsables. Sur le plan de la mesure, il est impossible de s'assurer que les facteurs confondants sont bien distribués entre les groupes au sein de l'échantillon, alors que ces facteurs sont par ailleurs difficiles à détecter et à éliminer. Nous examinerons plusieurs biais dans les prochaines sections.

4.2 Population à l'étude et échantillonnage

4.2.1. La population des déplacées internes

En 2001, le nombre officiel de déplacés internes au Burundi s'élevait à plus d'un demi-million de personnes, soit 6% de la population totale. Ils vivaient sur plus de 200 sites. Même si les deux tiers de toutes

les communes du pays avaient des sites de déplacés, la répartition géographique était très inégale : dans certaines régions, le nombre de personnes déplacées pouvait atteindre 30% de la population.

Un rapport élaboré sous l'égide du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)⁴⁸ fait état des caractéristiques sociodémographiques non habituelles en référence à celles d'une « population normale ». Par exemple, 60% des déplacés étaient de sexe féminin et 60% d'entre eux étaient très jeunes à la fin de 2001. De même, 30% des ménages étaient dirigés soit par une femme veuve, soit par une personne mineure. Ces caractéristiques illustrent, selon les auteurs du rapport, le contexte même des massacres de 1993 où les hommes et les enfants de sexe mâle étaient systématiquement éliminés.

4.2.2 Choix et contexte de la commune de Ruhororo

À l'époque, le Burundi était administrativement divisé en 16 provinces et 115 communes. Au moment de l'enquête, le pays comptait 236 camps de déplacés éparpillés dans plusieurs communes. En même temps, la majeure partie du pays était en guerre civile ou en situation d'insécurité caractérisée, parce que plusieurs milices s'étaient déclarées rebelles et semaient la terreur et l'insécurité. Il était pratiquement impossible de circuler sur une bonne partie du territoire à certaines heures

⁴⁸ Cadre Permanent de Concertation pour la Protection des Personnes Déplacées. Analyse de la situation des personnes déplacées au Burundi. Groupe Technique de suivi. Disponible à l'adresse http://www.idpproject.org/countries/burundi/reports/Analyse-situation-des-deplaces_DG_pdf

de la journée. Ainsi, pour la sécurité de notre équipe, nous avons délibérément choisi les provinces du nord — c'est-à-dire les provinces de Kayanza, Kirundo, Muyinga et Ngozi — où la situation était plutôt calme (fig. 7).

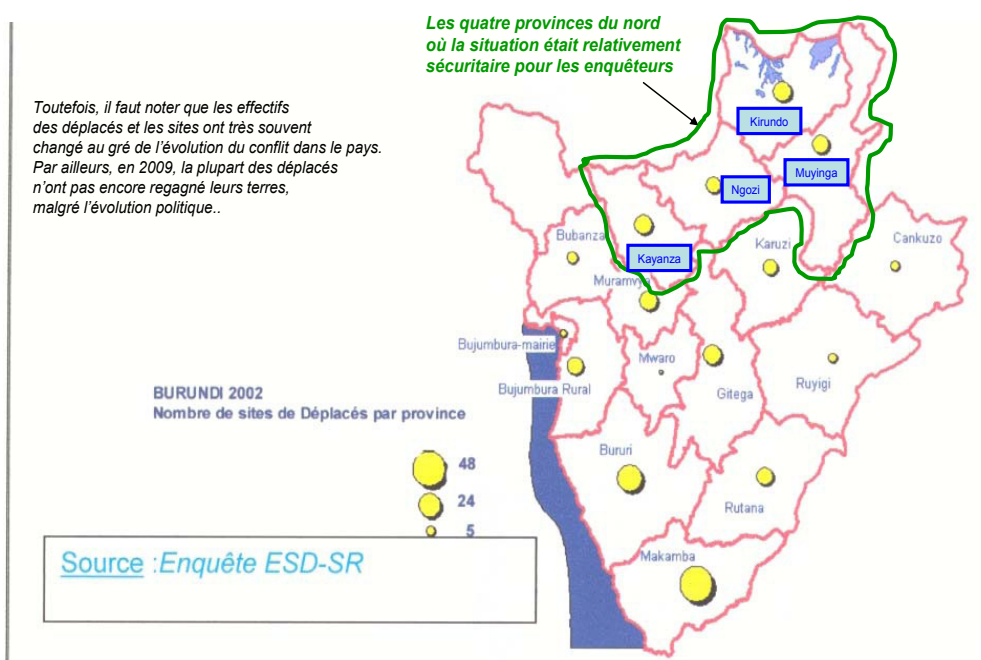


Figure 7. Répartition des sites de déplacés par province en 2002.

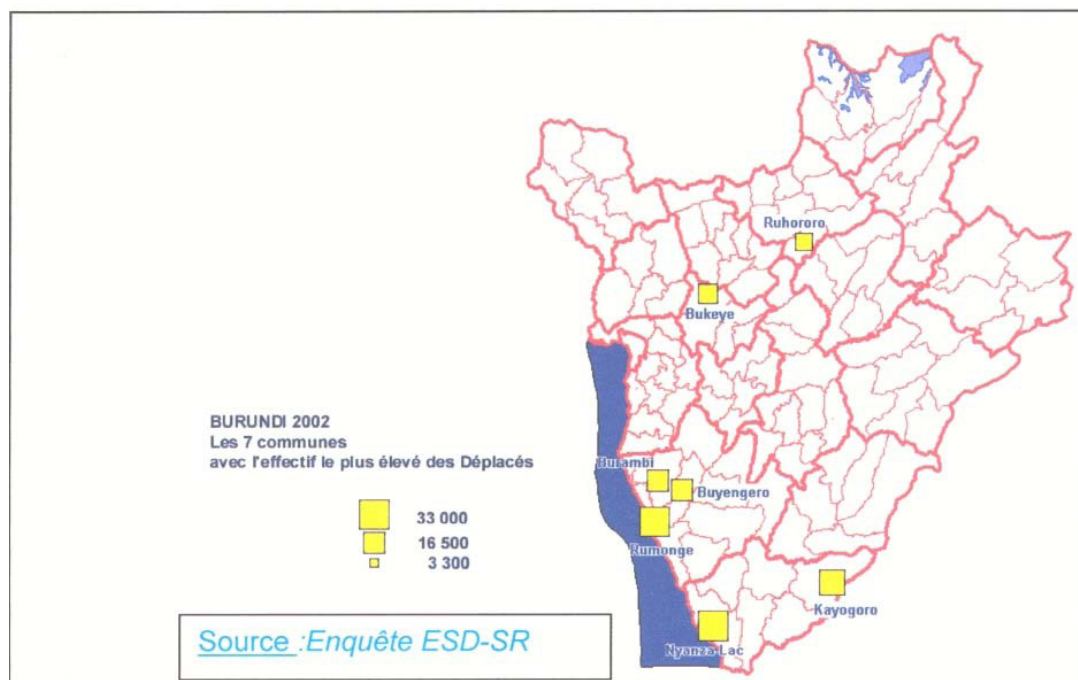
Sur 32 communes que comptent les quatre provinces, 28 abritaient 56 sites de déplacés (tableau VI). À partir de la liste des communes ayant des sites d'installation définitive à l'intérieur de leurs limites territoriales, nous avons choisi au hasard la commune de Ruhororo qui abrite les sites de Ruhororo et Mubanga pour servir de lieu pour notre enquête.

Tableau VI : Situation des sites dans les provinces du Nord

Province	Nombre de communes	Nombre de communes avec sites	Total sites
Kayanza	9	7	17
Kirundo	7	6	17
Muyinga	7	7	16
Ngozi	9	8	12
Total	32	28	56

Le contexte de Ruhororo

La commune de Ruhororo est située à une vingtaine de kilomètres du chef-lieu de la province de Ngozi, au nord du Burundi. C'est une des communes les plus gravement touchées par les massacres perpétrés en 1993. Selon une enquête faite en 2002, elle comptait encore parmi les sept communes qui totalisaient à elles seules la moitié des personnes déplacées au Burundi (fig. 8).

**Figure 8. Communes avec l'effectif le plus élevé de déplacés (2002).**

La majeure partie de la population tutsie y aurait été décimée et des milliers de Hutu auraient également péri dans cette violence. Dans un premier temps, les rescapés des massacres ont été regroupés dans les bâtiments communaux. Plus tard, deux sites, distants d'une dizaine de kilomètres, ont été aménagés sur les collines de Ruhororo et Mubanga.

Selon le département burundais chargé « de la réinstallation des sinistrés », les deux sites seraient parmi les « mieux installés » du pays. D'après nos propres constatations, la population des camps habite dans des logements d'une architecture semblable.

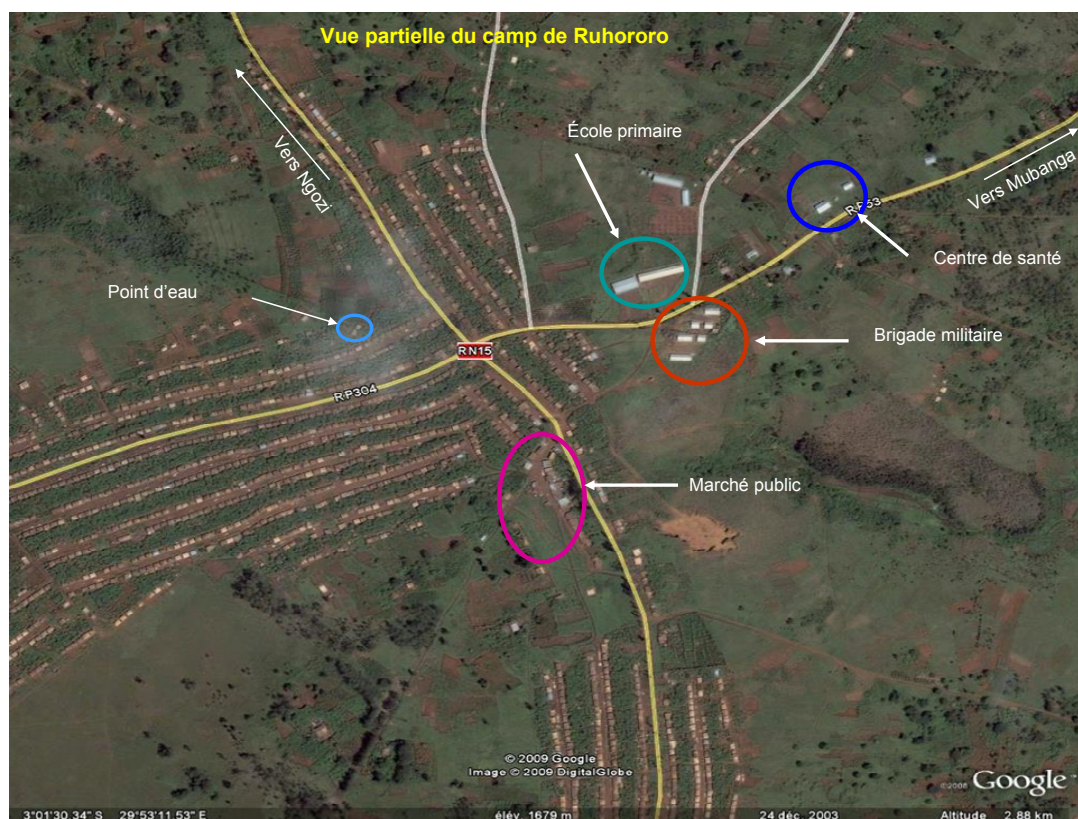


Figure 9. Localisation du site de Ruhororo (Google Earth, mars 2010)

Il s'agit de maisonnettes rectangulaires aux dimensions très modestes, alignées le long de quelques pistes en terre battue qui servent de voies de circulation piétonnière dans le « village ». Ces maisons sont construites avec des briques adobes (briques de terre crue séchées), sans crépissage, couvertes de tuiles cuites et souvent munies de portes et fenêtres en bois. Les deux sites sont installés à flanc de collines ; quelques points d'eau ont été aménagés en contrebas des camps. Deux centres de santé ont été construits à proximité de ces sites : celui de Mubanga ne fonctionnait pas encore au moment de notre passage par manque de personnel selon la population locale. Quant au centre de Ruhororo, il ne fonctionnait que partiellement à cause des pénuries répétitives de médicaments essentiels et de personnel.

En 2001, les deux sites abritaient 2396 ménages issus des deux principales ethnies du pays (Hutu et Tutsi), avec une forte proportion de Tutsi selon les responsables locaux. Ils étaient sous la protection d'une brigade militaire installée à proximité de chaque camp. Cette protection était justifiée, selon l'administration communale et les responsables des camps interrogés, par « la circulation libre » dans la commune de certains présumés coupables des massacres de 1993. Des événements ultérieurs à notre enquête semblent confirmer l'appréhension de ces dirigeants locaux. Deux attaques armées menées contre le camp de déplacés de Ruhororo ont eu lieu en date du 28 juillet 2002 et du 21 juin 2003. Elles ont fait plusieurs morts et blessés, des biens pillés ou détruits, et le camp

a été déserté pendant plusieurs jours, les déplacés s'étant réfugiés dans la brousse⁴⁹.

4.2.3. Taille de l'échantillon

À notre connaissance, aucune étude n'était disponible pour nous permettre d'estimer a priori l'état de santé des 400 000 à 600 000 déplacés qui composaient la population des camps du Burundi. Une des règles pratiques permettant d'estimer la taille de l'échantillon, sans devoir prendre en compte la proportion réelle susceptible de présenter le problème de santé à l'étude, consiste à prendre un échantillon de 10 observations par variable exogène dans le modèle. Cependant, cette règle semble limiter la taille de l'échantillon lorsque le nombre de variables d'intérêt n'est pas élevé. De leur côté, Lwanga et Lemeshow (Lwanga & Lemeshow, 1991) indiquent que dans les cas comme celui-ci, il faut tabler sur l'estimation (du problème de santé) la plus « sûre » pour déterminer la taille de l'échantillon. Cette estimation est de 50% puisqu'à ce point la taille de l'échantillon nécessaire est maximale. Il reste alors à fixer la marge d'erreur maximale et le niveau de confiance désiré. Leur formule est la suivante :

$$N = [Z^2_{1-\alpha/2} \times P(1-P)]/d^2$$

⁴⁹ Voir à cet effet les bulletins de l'Agence France Presse du 21 juin 2003, de la Ligue des Droits de l'Homme Itaka du 21 juin 2003; de l'agence d'information Net Press du 28 juillet 2002 et du 21 juin 2003.

P = proportion du problème escomptée dans la population. En ce qui nous concerne, nous avons estimé que 50% de la population était en mauvaise santé ($p=0,50$).

d = précision ou erreur maximale. Nous l'avons fixée à 4 points de pourcentage par rapport à l'estimation retenue ($p=0,50$). Ainsi, avec un niveau de confiance de 95%, la taille de l'échantillon est de 600 personnes. Cependant, par mesure de prudence, nous avons ajouté 100 autres personnes pour compenser les désistements et les refus de réponses éventuels compte tenu de la nature des événements et du profil des répondants.

4.2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants sont des hommes et des femmes adultes qui ont été exposés aux violences de 1993 dans la commune de Ruhororo. Ils doivent avoir fui leur résidence habituelle consécutivement à ces violences et habiter dans un des deux camps de déplacés sélectionnés. De plus, le participant doit être chef de ménage ou conjointe de chef de ménage et avoir 20 ans ou plus au moment de l'enquête. La qualité de chef ou de conjointe de chef de ménage est requise pour rendre l'échantillon plus homogène. Les veuves sont considérées automatiquement comme chefs de ménages. Par ailleurs, les célibataires habitant leur propre maison et ayant des personnes à charge (mères célibataires généralement) sont admis pourvu qu'ils remplissent les autres critères. La limite inférieure

d'âge est une référence nécessaire fixée arbitrairement pour harmoniser l'âge des plus jeunes participants par rapport aux événements de 1993.

Les personnes alitées, hospitalisées ou suivant un traitement ambulatoire sont exclues de l'étude. Cette exclusion s'explique par l'intérêt de l'étude qui vise des conditions chroniques plutôt que des épisodes aigus de santé ou la prise en charge par le système des soins. Par ailleurs, les militaires et les personnes assimilées (militaires retraités et policiers gouvernementaux, membres des divers groupes armés rebelles) sont exclus, ces gens ayant généralement un statut particulier.

4.2.5. Taux de réponse

Sur les 700 personnes rencontrées, 618 ont accepté de participer à l'étude, soit un taux d'acceptation de 88%. Toutefois, notre analyse portera sur 544 personnes (78% des gens initialement sélectionnés) qui ont répondu aux items pertinents de tous les instruments de mesure. Une comparaison a été faite entre ces dernières (N=544) et celles qui ont été écartées pour n'avoir pas répondu à ces items (N=74). Les résultats de cette comparaison sont présentés au tableau VII. Seule la profession montre une différence de distribution significative entre les deux groupes pour un seuil de signification de 5%. Ceux qui ne travaillent pas et ceux qui ont d'autres métiers ont été proportionnellement plus nombreux à ne pas répondre à toutes les questions alors que c'est le contraire chez les agriculteurs.

Tableau VII : Comparaison entre les participants et les personnes écartées

Caractéristiques		Participants (N=544)	Écartés (N=74)	PP
Âge	20-29 ans	11,2	2,7	0,07
	30-39 ans	26,1	20,3	
	40-49 ans	29,4	32,4	
	50-59 ans	17,1	25,7	
	60 et plus	16,2	18,9	
Sexe	Féminin	59,9	52,7	,26
	Masculin	40,1	47,3	
État matrimonial	Mariés	49,8	50,0	0,75
	Veufs	43,9	45,9	
	Autres	6,3	4,1	
Niveau de scolarité	Ne sait pas lire/écrire	66,2	60,8	0,64
	Sait lire et écrire	22,6	27,0	
	École primaire complétée	11,2	12,2	
Profession	Ne travaille pas	10,9	28,8	<.001
	Agriculteurs	84,9	60,3	
	Autres professions	4,2	11,0	

4.3 Cueillette des données

4.3.1. Sources d'information

Les renseignements recherchés ont été obtenus lors d'un contact avec les déplacés internes habitant sur deux sites connus à l'intérieur du Burundi. Ils ont été amassés à partir d'entrevues individuelles, à l'aide d'un questionnaire en Kirundi, conduites par des enquêteurs formés. Rappelons que les informations portaient sur les caractéristiques sociodémographiques, les événements traumatiques, les stratégies d'ajustement, les facteurs de l'environnement post-traumatique et l'état de santé des participants. Les quatre premières catégories constituent les variables explicatives alors que l'état de santé est la variable dépendante.

La cueillette des données s'est déroulée pendant les mois de février et mars 2001. Au préalable, le chercheur avait complété un certain nombre d'étapes en vue de la réalisation de l'enquête. D'abord,

administrativement, il s'est assuré du soutien logistique de l'Institut national de santé publique (INSP) du Burundi qui a mis généreusement à sa disposition un local de travail et d'autres commodités pour la durée de son séjour (au moins six mois). Cette intégration physique dans les locaux de l'INSP lui a permis de discuter occasionnellement de son projet de recherche et de recueillir de la part des chercheurs locaux un certain nombre de commentaires intéressants. Le chercheur a obtenu également des autorisations indispensables pour le bon déroulement de l'enquête, surtout dans une période de grande instabilité sociopolitique. Ainsi, il a reçu une autorisation écrite du Ministre de la Santé du Burundi ainsi que l'aval du Gouverneur provincial de Ngozi et de l'Administrateur communal de Ruhororo. Parallèlement, le chercheur a recruté et formé les enquêteurs et, en collaboration avec ces derniers, a conduit un pré test dans la localité de Kanyosha. Lors de l'enquête proprement dite à Ruhororo, il a procédé au recrutement des participants et s'est assuré du respect des critères d'inclusion et d'exclusion de ces derniers. De plus, il a mené personnellement certaines entrevues au même titre que les enquêteurs et en a supervisé le déroulement des autres. Enfin, il a procédé au contrôle de qualité et au respect des considérations éthiques. Ces dernières procédures sont détaillées dans les sections qui suivent.

4.3.2 Les procédures préliminaires

4.3.2.1. La formation des enquêteurs

Quatre enquêteurs ont été préalablement formés pour effectuer les entrevues. Une première séance de formation des enquêteurs a été organisée dans les locaux de l'Institut national de santé publique de Bujumbura. La formation portait essentiellement sur quatre points :

- ☞ Présentation succincte de notre protocole de recherche. Le but était que les enquêteurs puissent avoir une compréhension sommaire des objectifs de l'enquête et des principales hypothèses de travail.
- ☞ Qualités d'un bon enquêteur : nous avons mis l'accent sur les biais pouvant découler de son attitude personnelle, de la relation enquêteur-enquêté, etc.
- ☞ Réalisation matérielle de l'enquête : il s'agissait de souligner les grandes étapes de l'enquête : la préparation de l'interview, la façon de poser les questions ainsi que le contrôle de l'interview.
- ☞ Présentation des instruments de mesure ainsi que celle de divers documents de travail : elle a été faite lors d'une séance ultérieure consacrée à cet effet.

4.3.2.2. Le pré test

Un pré test a été organisé dans le camp de déplacés de Kanyosha, un quartier situé en périphérie de la capitale Bujumbura. Nous avons choisi Kanyosha pour ne pas multiplier les risques liés à l'insécurité des axes routiers lointains.

Le site est un cas atypique des camps de déplacés du Burundi. Il tend à avoir l'allure des quartiers semi-urbains dont il subit d'ailleurs l'influence. Le camp de Kanyosha est composé d'une population hétérogène : les habitants proviennent de tous les coins du pays avec une nette prédominance pour les communes surplombant la plaine de la Rusizi.

Un échantillon de quarante personnes dont un seul adulte par ménage a été tiré au hasard parmi les 615 qui constituent le camp. Les personnes qui ont accepté de participer à l'enquête se sont présentées au centre de santé de la localité. La plupart des hommes ayant un travail rémunéré ou exerçant un petit commerce dans la capitale, 80% des répondants au pré test sont de sexe féminin. Ce type de profession des hommes est d'ailleurs une caractéristique propre aux habitants des camps proches de Bujumbura et qui n'est nullement partagée par ceux des camps éparpillés dans le reste du pays.

Le pré test de Kanyosha nous a permis de revoir la formulation des questions. En effet, certains concepts se sont révélés difficiles à définir en kirundi, sans équivalents dans le langage courant ou générant une variabilité de réponses presque nulle.

4.3.2.3 Recrutement des participants

D'abord, les registres des ménages (2396) ont été mis à notre disposition par les chefs des camps de Ruhororo et Mubanga. Les maisons ne portent pas de numéro ; par contre, chacune est identifiée par

le nom du chef de ménage. Les noms et qualités (liens parentaux avec le chef de ménage) des personnes à charge sont indiqués devant le nom du chef du ménage. À partir de cette liste, nous avons sélectionné manuellement un échantillon aléatoire simple de 700 ménages pouvant potentiellement participer à l'étude.

Ensuite, le chercheur accompagné de deux responsables de chaque camp a procédé au recrutement des participants. Concrètement, un rendez-vous de visite est pris la veille dans un certain nombre de ménages sélectionnés. À l'heure convenue, l'équipe se présente au domicile du participant où le chercheur explique globalement les objectifs de l'étude et sollicite l'accord de principe pour la participation. Une fois l'accord obtenu de la part du chef de ménage, ils procèdent ensemble au tirage au sort pour savoir qui, de l'homme ou de sa conjointe, participe à l'étude. Les veufs, les veuves et les personnes célibataires sont exempté(e)s de cette étape. Les personnes rencontrées sont fortement encouragées à se présenter le jour suivant ; néanmoins, en cas d'absence, les enquêteurs ont la consigne de les recevoir au moment de leur convenance.

4.3.3 Déroulement de l'enquête proprement dite

Toutes les entrevues se sont déroulées aux centres de santé de Ruhororo et Mubanga situés tout près des sites portant les mêmes noms. Quatre bureaux ont été mis à la disposition des enquêteurs. L'entrevue se déroulait la porte fermée : aucune autre personne, sauf le chercheur,

n'était autorisée à assister à l'interview. L'enquêteur était d'abord tenu de donner toutes les informations nécessaires sur l'étude et d'obtenir le consentement du participant. Celui-ci pouvait donc ne pas répondre à certaines questions ou même arrêter sa participation à n'importe quel moment de l'étude.

4.3.4 Contrôle de qualité de l'enquête.

De simples mesures de contrôle sont faites afin de s'assurer de la bonne exécution des tâches confiées aux enquêteurs. En ce qui concerne l'interview, chaque fiche-questionnaire portait le numéro de l'enquêteur, ce qui permettait au chercheur de retracer le travail de dernier (Annexe III). Par ailleurs, à plusieurs reprises, le chercheur assistait à tout ou une partie d'interview prise au hasard chez l'un ou l'autre enquêteur. Un ajustement était recommandé en cas de besoin. Enfin, une séance de verbalisation était toujours prévue avant ou après la journée de travail.

4.3.5 Considérations éthiques

Le questionnaire et le protocole d'entrevue ont été préalablement approuvés par le Comité d'éthique de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (annexe I). Celui-ci a formellement interdit l'utilisation de tout matériel d'enregistrement des voix ou des images afin de ne pas mettre en danger la vie des répondants. De même, pour des raisons de sécurité, nous avons conçu une fiche individuelle de réponses (annexe IV) comportant le numéro chronologique de l'arrivée du

répondant différent de celui attribué par les registres officiels des camps. Ce caractère anonyme rend impossible l'identification physique ultérieure des participants à travers leurs réponses. Enfin, chaque participant a signé un formulaire de consentement (annexe II).

4.4 Mesure des concepts

4.4.1. Les variables dépendantes : mesure de l'état de santé

Cette partie de la méthodologie fait l'objet de l'article suivant. En résumé, nous avons utilisé un questionnaire comportant certains des 17 items du Profil de santé de Duke (PSD). Deux traductions ont été faites et plusieurs items adaptés. 618 personnes, âgées de 20 ans et plus, habitant dans deux camps de déplacés du Burundi ont participé à l'étude.

Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,82 pour la santé physique, 0,70 pour la santé sociale et 0,60 pour la santé mentale. La corrélation entre chaque item et les autres items qui forment la même sous échelle s'étend de 0,35 à 0,73 pour la santé physique, 0,03 à 0,41 pour la santé mentale et de 0,41 à 0,55 pour la santé sociale. La validité est assez bonne sauf pour la santé mentale. Cette dimension ne sera pas retenue pour la suite de la thèse.

Les variables dépendantes retenues pour la présente recherche sont l'état de santé physique, l'état de santé sociale, la santé perçue et l'incapacité. Comme nous l'avons indiqué dans l'état des connaissances, ces concepts découlent de la définition générale proposée par l'Organisation mondiale de la santé qui stipule que la santé n'est pas

seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi l'état de bien-être complet, physique, mental et social (WHO, 1948). Chacun de ces concepts est générique et, par conséquent, peut être universellement utilisé dans les études sur la santé, quelle que soit la population à l'étude. Ensuite, ils sont conceptuellement et empiriquement distincts, d'où la possibilité de les mesurer et de les interpréter différemment.

4.4.1.1. Article méthodologique

**Adaptation et Validation d'un Instrument de Mesure de la Santé
Utilisable dans les Camps de Déplacés de Guerre.**

Gabriel Hakizimana, MSc.
Louise Potvin, PhD., Professeur Titulaire

Département de Médecine Sociale et Préventive
Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé.

Article à soumettre

Rôle joué par chaque auteur

Gabriel Hakizimana: a formulé la problématique, développé les outils de cueillette des données, procédé à la cueillette proprement dite et à l'analyse des données. Il a également rédigé l'article.

Louise Potvin: a supervisé toutes les étapes du développement des outils à la rédaction de l'article.

Accord des coauteurs

Identification de l'étudiant et du programme

Gabriel Hakizimana

Étudiant au doctorat en santé publique, option promotion de la santé

Description de l'article :

Adaptation et validation d'un instrument de mesure de la santé utilisable dans les camps de déplacés de guerre. À soumettre.

Déclarations de tous les coauteurs

À titre de coauteure de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Gabriel Hakizimana l'inclue dans sa thèse de doctorat intitulée : « Les déterminants de la santé des personnes exposées à des crises majeures.

Le cas des déplacés internes au Burundi »

Louise Potvin

Coauteur

Signature

Date

RÉSUMÉ

OBJECTIF:

Les outils de mesure de l'état de santé conçus en Occident ne correspondent pas souvent aux référentiels des populations en développement souvent en crise. L'article présente l'adaptation d'un instrument de mesure dans un contexte humanitaire en Afrique.

MÉTHODE :

Le questionnaire comportait certains des 17 items du Profil de Santé de Duke (PSD). Deux traductions ont été faites et plusieurs items adaptés. 618 personnes âgées de 20 ans et plus, habitant dans deux camps de déplacés du Burundi ont participé à l'étude.

RÉSULTATS:

Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,82 pour la santé physique, 0,70 pour la santé sociale et 0,60 pour la santé mentale. La corrélation entre chaque item et les autres items qui forment la même sous échelle s'étend de 0,35 à 0,73 pour la santé physique, 0,03 à 0,41 pour la santé mentale et de 0,41 à 0,55 pour la santé sociale. La validité est assez bonne sauf pour la santé mentale.

CONCLUSION:

Malgré certaines limites, les résultats suggèrent que le PSD est un instrument approprié pour mesurer l'état de santé des déplacés.

Mots clés : Profil de santé de Duke, état de santé, mesure, adaptation d'un instrument, pays en développement, Burundi.

INTRODUCTION

En matière de recherche en santé des populations, il est important d'utiliser des instruments de mesure capables d'explorer spécifiquement les concepts de santé et permettre de quantifier les phénomènes subjectifs qui y sont associés. A cet effet, la société occidentale dispose d'une instrumentation variée en termes de qualité et de complexité (1). Un de leurs défis majeurs réside dans leur capacité à circonscrire de manière fiable les différentes dimensions de la santé dans une perspective transculturelle. Ce défi est particulièrement important lorsqu'il s'agit de la recherche dans les pays en développement où les efforts d'adaptation méthodologique sont encore récents (2, 3). Même si un certain nombre d'instruments ont été adaptés et utilisés par les chercheurs du sud dans des contextes variés (4), le besoin de disposer d'outils qui correspondent réellement aux référentiels de leurs populations souvent confrontées à des crises humanitaires majeures (5) est toujours présent.

Un des aspects de ces crises humanitaires qui nécessite une adaptation méthodologique en matière de recherche en santé est le déplacement massif des populations consécutif aux multiples conflits armés. En plus des réfugiés au sens conventionnel, c'est-à-dire ceux qui réussissent à traverser les frontières internationales (6) et sur qui d'ailleurs portent la plupart des études relatives à la problématique de santé dans les

situations d'urgence (7, 8, 9), les pays en développement, particulièrement africains, comptent également plusieurs millions de déplacés à l'intérieur de leurs frontières. Ce sont des gens qui, pour des raisons similaires à celles des réfugiés, fuient leur milieu de résidence sans toutefois aller au delà des frontières nationales (9). Aucune agence internationale d'aide humanitaire n'est spécifiquement chargée de leur venir en aide (10) et leurs besoins de santé les plus élémentaires sont rarement pris en compte (11, 12). Il en résulte une aggravation des problèmes de santé publique à cause d'une multitude de facteurs psychosociaux et environnementaux qui les assaillent quotidiennement (10). Cependant, à notre connaissance et exception faite d'une certaine littérature qui se développe sur les conséquences psychologiques des événements traumatiques, tortures et autres violations des droits de la personne sur la santé mentale (13, 14, 15, 16, 17), aucun instrument de mesure n'a été adapté et validé pour évaluer régulièrement et de façon multidimensionnelle la santé des populations déplacées.

L'objectif de notre étude est d'adapter un instrument de mesure couramment utilisé en Occident pour le rendre utilisable dans le cadre de recherches portant sur la santé des personnes déplacées ou de réfugiées. Le Profil de Santé de Duke (PSD) est un auto-questionnaire de 17 items conçu pour mesurer de façon pratique et concise l'état de santé des populations (18). Historiquement, le PSD est une version courte et améliorée du Duke-University of North Carolina Profile Health (DUHP)

développé au début des années 80 pour servir d'instrument de mesure approprié aussi bien pour la recherche que pour l'évaluation clinique quotidienne dans le cadre des soins de santé primaire (19). Très long, 63 items, le DUHP s'est révélé d'une applicabilité peu optimale: le développement d'une version abrégée, le PSD, traduisait le besoin des chercheurs de l'Université de Duke de disposer d'un instrument plus opérationnel et plus fiable (18, 20).

Les critères de fiabilité et de validité de la nouvelle version se sont avérés comparables à ceux des autres instruments de mesure de santé nord-américains ayant déjà fait leurs preuves telles que le SF-36, le Sickness Impact Profile, le Nottingham Health Profile (21) et le SF-20 (22). Ultérieurement, ils ont été confirmés par une étude internationale impliquant plusieurs pays occidentaux ainsi que l'Afrique du Sud (23). Le PSD a été adapté en français (24).

Le PSD couvre 5 dimensions indépendantes de santé (physique, mentale, sociale, santé perçue et incapacité) ainsi qu'une recombinaison de certains de ces items pour explorer 5 autres dimensions (estime de soi, anxiété, dépression, la douleur et la santé globale).

MÉTHODE

Population

L'étude s'est déroulée au nord du Burundi, dans la commune de Ruhororo connue comme étant l'une des plus gravement touchées par les massacres perpétrés dans ce pays en 1993-1994. Une forte proportion de la population locale a été décimée, déplacée ou exilée. Les personnes déplacées ont été regroupées sur deux sites distants de 8 km et abritant au total 2 396 ménages. Les participants étaient composés d'hommes et de femmes âgés de 20 ans et plus vivant dans ces camps depuis au moins une année. Une personne par ménage était admissible à l'interview, en l'occurrence le mari ou la femme.

Toutes les interviews se sont déroulées aux Centres de Santé qui jouxtent les sites. L'enquêteur était d'abord tenu de donner toutes les informations nécessaires sur l'étude et d'obtenir le consentement du participant. Celui-ci pouvait donc ne pas répondre à certaines questions ou même arrêter sa participation à n'importe quel moment de l'étude.

Sur 700 personnes attendues, 618 ont accepté de participer entièrement à l'étude, soit un taux de participation de 88%. Parmi les 82 restants, certains ne remplissaient pas les critères, d'autres s'étaient désistés au moment où ils avaient pris connaissance du questionnaire ou ne s'étaient

tout simplement pas présentés aux enquêteurs. Le tableau 1 présente les caractéristiques socio-démographiques des participants.

<i>INSÉRER TABLEAU 1 ICI</i>

Adaptation de l'instrument

Traduction en langue locale

Pour les besoins de l'étude globale, nous n'avons pas utilisé les 17 items proposés par l'instrument original développé par Parkerson et collaborateurs. L'usage de toutes les dimensions n'étant pas requis (24), nous avons sélectionné ceux qui explorent principalement les dimensions physiques, mentale et sociale de la santé. Nous avons retenu également les questions relatives à l'état de santé perçu et à l'incapacité.

Le questionnaire tiré essentiellement de l'adaptation faite par Guillemin et collaborateurs a été d'abord soumis à la traduction en Kirundi (langue locale du Burundi) de trois professeurs du Lycée International de Bujumbura gradués en langues et littérature africaines et en psychologie, travaillant en équipe. Il a été donné ensuite à un professeur de l'Université du Burundi spécialiste en linguistique pour une deuxième traduction. Celui-ci n'avait pas été préalablement mis au courant de l'existence de la traduction antérieure. Par la suite, nous avons confronté les deux traductions et retenu les termes à la fois simples et acceptés dans le langage courant. Cependant, nous n'avons pas eu l'opportunité de réaliser

une contre-traduction en français afin de faire la comparaison avec l'instrument de référence.

Plusieurs adaptations majeures ont été faites afin de tenir compte des aspects culturels, socio-démographiques et environnementaux de la population à l'étude. La première adaptation a été de changer le questionnaire conçu pour l'auto-administration en entrevue directe fermée à cause des caractéristiques socio-démographiques des participants, notamment celle concernant le niveau de scolarité. Conséquemment, en plus de la spécificité propre à chaque item, les autres adaptations ont été largement influencées par cette première condition. Ultérieurement, le codage des réponses a tenu compte du sens de la formulation négative ou positive des items originaux versus ceux adaptés.

Adaptation des concepts de la santé multidimensionnelle

Pour la dimension santé physique, l'adaptation française (24) référait notamment à la capacité à ce jour de la personne à monter un étage et à courir 100m. La plupart de nos répondants n'avaient jamais vu - et encore moins grimpé - une maison à étage et la course en guise d'amusement n'est pas dans la coutume des paysans burundais d'âge adulte. Culturellement, nous avons pensé que l'effort fourni pour monter un étage pouvait équivaloir à un travail physique modéré – en l'occurrence labourer un jardin - alors qu'une course de 100m peut être substituée par la

capacité de marcher du lieu de l'enquête jusqu'à la prochaine colline. La colline est l'équivalent du village. À partir des deux endroits où nous étions, les collines indiquées se situaient à quelques centaines de mètres.

Des 5 items proposés par les auteurs du PSD pour la mesure de santé mentale, nous n'en avons retenu que deux et avons réutilisé 2 autres tirés de la dimension santé physique ; ceci en accord avec l'approche réaliste qui affirme que la douleur ou le sommeil sont autant des phénomènes physiques que psychiques (24). De manière générale, les adaptations faites sont principalement liées à la traduction et à la clarté des items.

Pour ce qui est de la dimension sociale, nous avons constaté l'inadéquation des items originaux face à la réalité de la vie des déplacés de guerre dans un contexte d'insécurité et de pauvreté extrême. D'abord les activités de loisirs proposées par le PSD tel que le cinéma sont inexistantes même en temps de paix; d'autres sont incertaines à cause de la guerre: par exemple, une soirée dansante organisée à proximité du camp à l'occasion de l'An 2000 a été soldée par une attaque armée. Ensuite, le fait de "rencontrer les parents ou les amis" tel que formulé par le PSD nous semblait insuffisant dans le contexte de dénuement dans lequel vit la population à l'intérieur des camps. Ainsi, nous nous sommes référés aux concepts proposés par Ware (25) à savoir les contacts interpersonnels ainsi que les ressources sociales en termes de quantité et de qualité des liens familiaux et amicaux. Enfin, eu égard au climat

politique et social qui entrave le libre déplacement des populations, nous avons établi le temps de rappel événementiel pour certains items à un mois au lieu d'une semaine utilisée dans la version originale du PSD. Le tableau 2 reprend les items utilisés.

INSÉRER TABLEAU 2 ICI

L'état de santé perçu.

La mesure de l'état de santé perçu est souvent conceptualisée à partir d'un item unique (26, 27). L'item original de la version anglaise du PSD (I am basically a healthy person) (18) remplacé en français par "au fond je suis bien portant" (24) a été proposé sous forme de question libellée comme suit: "comment considérez-vous votre santé actuellement?". Cette formulation est utilisée dans plusieurs instruments de mesure soit en compagnie d'autres items (28), ou soit comme seul item (29). Ainsi conceptualisée, la mesure de l'état de santé perçu est tout à fait indépendante du PSD et peut être utilisée pour la validation des trois dimensions de la santé conçues à partir de ce dernier.

Généralement, la perception individuelle de sa propre santé donne le classement de celle-ci en terme de: excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise. Une telle hiérarchisation de la nuance dans une entrevue en kirundi semblait ne pas être à la portée lexicale de tous les participants. Nous avons décidé d'utiliser trois niveaux de réponses

fermes, facilement dissociables dans le langage courant du burundais non ou peu scolarisé, à savoir: “ bonne, moins bonne (moins mauvaise) ou mauvaise ”.

Analyse

Nous avons calculé successivement les scores des trois dimensions qui couvrent la santé physique, mentale et sociale, ainsi que le score de santé globale. Selon la formule utilisée par Parkerson, le score attribuable à chaque mesure est calculé en additionnant la note obtenue pour chaque item, en divisant ensuite par le score maximal pouvant être attribué et en multipliant le résultat par cent. Le score final varie de 0 à 100, c'est-à-dire de la santé (physique, mentale ou sociale) médiocre à l'excellente santé. De là, on peut facilement calculer la santé globale en divisant la somme des trois scores obtenus ci-dessus par 3.

Quelques étapes ont été accomplies pour la validation du construit: d'abord, nous avons procédé à une analyse factorielle (analyse en composantes principales) pour vérifier la pertinence de la théorie sous-jacente à chaque mesure de santé relativement à la manière dont le questionnaire a été construit et traduit (33) . Ensuite, le calcul du coefficient alpha de Cronbach a été réalisé pour les dimensions ayant plusieurs items afin d'estimer la fiabilité de chaque mesure utilisée (34) . De même, nous avons testé la validité interne en effectuant certaines

corrélations entre scores ou entre scores et leurs sous-ensembles (35) . Enfin, la validité de critère a été effectuée en testant le rapport entre les scores moyens des différentes dimensions de la santé et la perception individuelle de l'état de santé d'une part, et l'incapacité d'autre part, en éliminant chaque fois les données manquantes pour chaque item de la sous échelle.

RÉSULTATS

Comme le montre le tableau 3, la corrélation entre chaque item et les autres items qui forment la même sous échelle s'étend de 0,35 à 0,73 pour la santé physique, de 0,03 à 0,41 pour la santé mentale et de 0,41 à 0,55 pour la santé sociale. Toutes les associations entre les items de la même sous échelle sont statistiquement significatives exceptée celle entre "tendu ou fâché" et "présence de douleurs cette semaine". D'ailleurs, les coefficients de corrélations entre l'item "tendu ou fâché" et le reste des items de sa sous échelle restent peu élevés. Par contre, il faut signaler que l'item "triste cette semaine" se corrèle passablement avec tous les items de la dimension physique (0,30 à 0,33).

La validité discriminante est assez bonne entre les items et le score de leur sous échelle par rapport aux autres sous échelles. On notera cependant que la dimension santé mentale corrèle de façon importante avec les items non pertinents de la santé physique (de 0,44 à 0,53) et très peu par contre avec son propre item "tendu ou fâché".

<i>INSÉRER TABLEAU 3 ICI</i>

Par l'analyse factorielle, nous avons vérifié la pertinence de la décomposition de notre échelle en trois dimensions (tableau 4). D'après la matrice des composantes après rotation, elles sont clairement définies en

ce qui concerne la santé physique (0,58 à 0,81) et sociale (0,72 à 0,83). En ce qui concerne la santé mentale, l'item "triste ou déprimé cette semaine" est partagée entre la première et la dernière dimension.

INSÉRER TABLEAU 4 ICI

Pour ce qui est de la consistance interne, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,82 pour la santé physique, 0,70 pour la santé sociale et 0,60 pour la santé mentale. Les 10 items réunis donnent un alpha de 0,76.

INSÉRER TABLEAU 5 ICI

La validation du critère est illustrée au tableau 6 par la comparaison des scores moyens de chaque dimension de la santé à la perception individuelle de l'état du moment d'abord, à l'incapacité ensuite. Il apparaît un gradient très fort, positif pour la santé perçue et négatif en ce qui concerne l'incapacité. Pour la santé perçue, l'analyse de variance montre une différence de moyennes très significative ($p < 0.001$) pour toutes les dimensions, sauf entre mauvaise et assez bonne dans la dimension santé sociale. De même, l'association est significative mais négative entre l'incapacité et la santé physique ($r = -0,48$) et mentale ($r = -0,42$) et non significative avec la santé sociale.

INSÉRER TABLEAU 6 ICI

DISCUSSION

De façon générale, nos résultats montrent des similitudes assez importantes avec ceux enregistrés en Occident. En effet, Parkerson et collaborateurs (18) avaient rapporté des corrélations rangées entre 0,37-0,45 pour la santé physique, 0,38-0,45 pour la santé mentale et 0,26-0,35 pour la santé sociale. De même, la validité discriminante est assez bonne entre les items et le score de leurs sous échelles par rapport aux autres sous échelles et est tout à fait comparable à celle de l'étude de Parkerson. Il est très intéressant de noter que les résultats du Burundi reflètent également ceux obtenus dans d'autres pays (23).

La cohérence interne est assez bonne et se compare bien encore une fois avec les travaux nord-américains: ceux-ci donnent un alpha de Cronbach de 0,67, 0,68 et 0,78 respectivement pour la santé physique, mentale et sociale, ainsi qu'un alpha de 0,78 pour la santé globale. Toutefois, il est connu que la valeur de l'alpha peut augmenter sensiblement si l'on ajoute plus d'items dans la sous échelle et que la réutilisation d'items dans plus d'un concept de santé diminue la consistance interne de l'instrument de mesure (36). Certains auteurs affirment que dans le domaine psychosocial le meilleur alpha de Cronbach devrait être supérieur à 0,7 (33), alors que d'autres considèrent que le niveau de 0,50 est tout à fait acceptable pour soutenir la fiabilité d'une mesure (37).

La forte corrélation entre les différentes dimensions de la santé et l'état de santé perçu indique le degré de concordance entre la manière dont on perçoit sa santé et la façon de rapporter et d'interpréter ce qu'on ressent (18). En d'autres termes, ce résultat confirme que la perception de la santé est un indicateur subjectif de l'état de santé fortement associé aux dimensions plus objectives de la santé physique, mentale et sociale (38, 39, 40). Enfin, tout comme dans l'étude de référence, l'association entre l'incapacité et la santé physique et mentale est significative et négative.

En plus de fonder notre discussion sur la comparaison avec les données nord-américaines, nous avons noté avec intérêt que les résultats du Burundi reflètent sensiblement ceux obtenus par l'étude transculturelle du PSD impliquant les États-Unis et huit autres pays industrialisés (23). L'étendue des moyennes des différents scores ou des corrélations par pays est souvent proche de celle enregistrée auprès des déplacés burundais. De plus, la comparaison internationale fait état d'une très grande variation des critères de validité et de fiabilité entre les pays eux-mêmes, ce qui laisse transparaître, selon les auteurs, l'impact des différences culturelles et linguistiques sur l'instrument de mesure.

Deux limites à notre étude sont à noter. D'abord, la traduction des items relatifs à la santé mentale a été problématique. En effet, certains termes n'existent pas ou ne restituent qu'une partie du concept en kirundi. Par exemple : être tendu ou nerveux pourrait se traduire facilement par être

colérique, bagarreur, querelleur... De même, des mots ou des concepts tel que le stress sont inconnus. Ensuite, il se pourrait qu'il y ait eu un trait culturel que nous n'avons pas bien considéré dans la traduction et dans l'adaptation de notre questionnaire. En effet, dans l'une des rares études sur les conséquences psychologiques des massacres cycliques de la région des grands lacs africains, Sydor et Philoppot (17) rapportent que la culture rwandaise prescrit un contrôle sur l'expression des émotions ce qui peut se traduire par une sous-évaluation des résultats. Or, les cultures rwandaise et burundaise sont très similaires tant il est vrai que les deux pays sont qualifiés de faux jumeaux (41).

Dans les deux cas de limite, nous pensons que l'organisation des focus-group spéciaux sur la santé mentale aurait été nécessaire pour trouver des variables d'approximation qui tiennent compte à la fois de la culture des répondants et de la qualité conceptuelle de l'outil de mesure. Par ailleurs, une contre-traduction de l'outil du kirundi en français aurait permis de déceler les lacunes liées à la traduction.

CONCLUSION

En procédant à l'adaptation et à une validation des dimensions pertinentes du Profil de Santé de Duke dans une langue africaine, notre intention est de contribuer au développement d'instruments capables de mesurer la santé dans un contexte africain avec autant de fiabilité que dans la société occidentale. En effet, nombreuses études populationnelles sur l'état de santé requièrent la mise en œuvre de moyens importants, difficilement mobilisables par les chercheurs des pays en développement d'où cette importance de rechercher des outils plus souples, plus opérationnels et moins onéreux (42). Notre article apporte donc un soutien méthodologique aux chercheurs et aux professionnels de la santé publique qui s'intéressent aux populations déplacées. Malgré les limites à l'étude, nous pensons que l'échelle globale est appropriée pour qualifier l'état de santé de cette catégorie de population. Lorsque les dimensions sont prises séparément, les limites constatées nous incitent à nuancer fortement pour toute conclusion relative à la dimension santé mentale. Nous recommandons donc explicitement aux futurs utilisateurs de retravailler les items relatifs à cette dimension afin d'obtenir une meilleure cohésion interne du questionnaire. Globalement, le PSD se présente comme un instrument générique pouvant être utilisé dans plusieurs cultures africaines moyennant quelques adaptations sémantiques et conceptuelles en harmonie avec les conditions locales. Dans tous les cas, il sera

nécessaire de procéder à la contre-traduction afin d'écartier le plus possible les erreurs qui nuiraient à sa comparaison avec l'instrument original.

Bibliographie

1. McDowell I et Newell C. *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. New York, Oxford, Oxford University Press. 1996.
2. Kroeger A. Erreurs de réponse et autres problèmes liés aux enquêtes sanitaires par interrogatoire dans les pays en développement. *World Health Statistics Quarterly*, 1985, **38**, 15-37.
3. Fassin D et Brousselle C. Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique. Problèmes méthodologiques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 1991, **39**, 89-99.
4. Smide et al. Self perceived health in urban diabetic patients in Tanzania. *East African Medical Journal*, 1999, **76**, 67-70.
5. Kalipeni E et Oppong J. The refugee crisis in Africa and implications for health and disease: a political ecology approach. *Social Science and Medicine*, 1998, **46**, 1637-1653.
6. United Nations convention relating to the status of refugees. In: Martin JP, Rangaswamy R, eds. *Twenty-five Human Right Documents*. 1994, 57-76
7. Van Damme W. Do refugees belong in camp ? Experiences from Goma and Guinea. *Lancet*, 1995, **346**, 360-362.
8. Toole MJ & Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *JAMA*, 1990, **263**, 3296-3302.

9. Toole MJ & Waldman RJ. War, hunger and public health. *JAMA*, 1993, **270**, 600-605
10. Salama P, Spiegel P & Brennan R. No less vulnerable: the internally displaced in humanitarian emergencies. *Lancet*, 2001, **357**, 1430-1431
11. Waldman RJ. Public health in times of war and famine. What can be done ? What should be done ? *JAMA*, 2001, **286**, 588-590.
12. Aaby P et al. Nutritional status and mortality of refugee and resident children in a non-camp setting during conflict: follow up study in Guinea-Bissau. *BMJ*, 1999, **319**, 878—881.
13. de Jong JP. The prevalence of mental health problem in Rwandan and Burundian refugee camps. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, **102**, 171-177.
14. Bolton P. Local perception of the mental health effects of Rwandan genocide. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2001, **189**, 243-248.
15. de Jong JP et al. The prevalence of mental health problem in Rwandan and Burundian refugee camps. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, **102**, 171-177.
16. Dyregrov A et al.. Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *Journal of Traumatic Stress*. 2000, **13**, 3-21.
17. Sydor G et Philoppot P. Conséquences psychologiques des massacres de 994 au Rwanda. *Santé mentale*, 1996, **21**, 229-246.

18. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse, CKJ. The Duke Health profile. A 17-items measures of health and dysfunction. *Medical Care*, 1990, **28**, 1056-1069.
19. Parkerson GR et al. The Duke-UNC Health Profile: an adult health status instrument for primary care. *Medical Care*, 1981, **19**, 806-828
20. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse, CKJ. Quality of life and functional health of primary care patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1992, **45**, 1303-1313.
21. Beaton DE, Bombardier C, Hogg-Johnson S. Choose your tool: a comparison of the psychometric properties of five generic health status instruments in workers with soft tissue injuries. *Quality of Life Research*, 1994, **3**, 50-56.
22. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse, CKJ. Comparison of the Duke Health Profile and the MOS Short-Form in healthy young adults. *Medical Care*, 1991, **29**, 679-683.
23. Parkerson GR, Willke, RJ, Hays, R.D. (1999). An international comparison of the reliability and responsiveness of the Duke Health Profile for measuring health-related quality of life of patients treated with alprostadil for erectile dysfunction. *Medical Care*, 37, 56-67.
24. Guillemin F et al. Le Profil de santé de Duke: un instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à la santé. *Santé publique*, 1997, **9**, 35-44.
25. Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of chronic diseases*, 1987, **40**, 473-480.

26. Fillenbaum GG. Social context and self assessment of health among the elderly. *Journal of Health and Social behavior*, 1979, **20**, 45-51.
27. Liang J. Self-reported physical health among aged adults. *Journal of Gerontology*, **41**, 248-260.
28. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 1992, **30**, 473-483.
29. Hennessy CH. Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Reports*, 1994, **109**, 665-672.
30. Ware JE. *SF-36 Health Survey. Manual & Interpretation Guide*. Boston, Mass: The Health Institute. 1993
31. Likert RA. A technique for the measurement of attitudes. *Arch. Psychol*, 1932, **140**, 5.
32. Stewart AL, Hays RD et Ware JE. Methods of validating MOS health measures. In Stewart AL & Ware JE, eds. *Measuring functioning and well-being. The Medical Outcomes Study approach*. Duke University Press, 1992.
33. Moret et al. Validation interne d'une échelle de mesure: relation entre analyse en composantes principales, coefficient alpha de Cronbach et coefficient de corrélation intra-classe. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 1993, **41**, 179-186
34. Leplège A, Mesbah M et Marquis P. Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire

- international de mesure de qualité de vie: le MOS SF-36 (version 1.1). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 1995, **43**, 371-379
35. Hamon A et Mesbah M. Validation statistique interne d'un questionnaire de qualité de vie. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 1999, **47**, 571-583.
36. Cortina JM. What is coefficient alpha ? An examination of theory and applications. *Journal of Appl Psychology*, 1993, **78**, 98
37. Abelin T, Brzezinski ZJ et Carstairs VDK, eds. Measurement in health promotion and protection. Copenhagen, *World Health Organization, Regional Publications, European series*, **22**. 1987
38. De Forge BR, Sobal J et Krick JP. Relation of perceived health with psychosocial variables in elderly osteoarthritis patients. *Psychological Reports*, 1989, **64**, 147-156.
39. Kivela SL et Pakkala K. The prognosis of depression in old age. *Int Psychogeriatr*, 1989, **1**, 119-133.
40. Permanyer-Miralda G et al. Comparison of perceived health status and conventional functional evaluation in stable patients with coronary artery disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1991, **44**, 119-133.
41. Chrétien JP. Burundi. In Médecins sans Frontières: *Populations en danger 1995. Rapport annuel sur les crises majeures et l'action humanitaire*. Paris, La Découverte, 1995.
42. Molines et al. Santé perçue et immigration: une nouvelle approche pour l'intégration sanitaire ? *Revue d'intégration et de santé publique*, 1999, **48**, 145-155.

**Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des participants
(en pourcentage)**

Caractéristiques		<i>Participants en % (N=618)</i>
Âge	20-29 ans	10.2
	30-39 ans	25.4
	40-49 ans	29.8
	50-59 ans	18.1
	60 ans et plus	16.5
Sexe	Femmes	59.1
	Hommes	40.9
État matrimonial	Mariés	49.8
	Veufs	44.2
	Divorcés ou	6.0
	Célibataires	
Niveau de scolarité	Ne sait ni lire ni écrire	65.5
	Sait lire et écrire	23.1
	A terminé l'école	11.3
	primaire	
Profession	Ne travaille pas	12.9
	Agriculteur	81.6
	Autre profession	5.0
Religion	Catholique	81.4
	Protestante	15.7
	Autre	2.6

Tableau 2: Récapitulatif des items utilisés⁵⁰

Item original	Adaptation Guillemin et al.	Adaptation en kirundi
I am basically a healthy person	Au fond je suis bien portant	Wovuga ko amagara yawe ameze gute muri iyi misi ?
Walking up a flight of stairs	Vous auriez du mal à monter un étage	Mbega uno musu wumva woshobora gukora ?
Running the length of a football field	Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Mbega uno musu wumva wotambuka unyaruka gushika ku mutumba ukwirikira ?
Sleeping	Vous avez eu des problèmes de sommeil	Muri iyi ndwi: woba warigeze ubura itiro ?
Hurting or aching in any part of your body	Vous avez eu des douleurs quelque part	Muri iyi ndwi: Hari ahantu woba warumvise ubabara ?
Getting tired easily	Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	Muri iyi ndwi: Mbega wumva uruha ningoga ?
Feeling depressed or sad	Vous avez été triste ou déprimé(e)	Muri iyi ndwi: Haraho wumva wijiriwe?
Nervousness	Vous avez été tendu(e) ou nerveux (se)	Woba warigeze ushavura canke uhagarika umutima muri iyi ndwi?
Socialize with other people (talk or visit friends or relatives)	Vous avez rencontré des parents ou des amis (conversation, visite)	Hari incuti yoba yaraje kubaramutsa muri kuno kwezi ? Hari incuti canke umugenzi yoba yaragize ico agufashisha muri kuno kwezi ? Uharuye incuti canke abagenzi ushobora kwirukira canke nabo bakwakwirukira ni bangahe ?
Stay in your home, a nursing home, or hospital because of sickness, injury, or other health problem	Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	12.Vyoba vyaranse ko uva mu rugo kubera amagara agukitse muri iyi ndwi ?

⁵⁰ Tel que mentionné, aucune contre-traduction n'a été faite lors de la traduction et de l'adaptation de l'outil.

Tableau 3: Matrice des corrélations entre les items adaptés en kirundi

	Difficultés à labourer	Problème s marcher	Vite fatigué	Manque sommeil	Présence douleurs	Triste	Tendu Fâché	Aide récente	Visite récent e	Parent s/ Amis
Difficultés à labourer	1.000									
Problème à marcher	.73**	1.000								
Vite fatigué	.49**	.48	1.000							
Manque de sommeil	.35**	.38**	.37**	1.000						
Présence de douleurs	.49**	.50**	.60**	.49**	1.000					
Triste	.30**	.34**	.33**	.35**	.36**	1.000				
Tendu ou fâché	-.04†	-.06**	.00†	.12*	.03†	.144**	1.000			
Aide récente	.13**	.13†	-.01†	.15**	.04†	.11*	-.02†	1.000		
Visite récente	.09*	.10*	-.01†	.10*	.01†	.12*	-.08*	.55**	1.000	
Parents/amis	.14**	.20*	.10*	.15**	.17**	.21**	-.11*	.43**	.41**	1.000
Santé Physique	.75	.72	.71	.56	.70	.39	.01	.12	.09	..18
Santé mentale	.44	.49	.53	.70	.72	.71	.24	.13	.08	.22
Santé sociale	.16	.171	.04	.16	.08	.15	-.07	.84	.82	.55

** p<0,001; * p< 0,05; † non significatif

Tableau 4: Matrices des composantes après rotation varimax

Items	Composantes		
	1	2	3
Difficultés de ce jour à labourer son jardin	.806		
Difficultés à marcher ...prochaine colline	.815		
Vite fatigué cette semaine	.777		
Problème de sommeil cette semaine	.578		.391
Présence de douleur(s) cette semaine	.794		.141
Triste cette semaine	.487		.456
Tendu ou fâché cette semaine			.881
Aide matérielle récente ami/parent		.830	
Visite récente parent		.824	
Parents/Amis qui comptent		.724	

Méthode d'extraction: Analyse en composantes principales. Méthode de rotation:
Varimax avec normalisation de Kaiser.

Tableau 5 : Consistance interne pour chaque dimension de la santé

Mesures de la santé	N (valide)	Nombre d'items	Alpha de Cronbach
Santé physique	605	5	0.82
Santé mentale	579	4	0.60
Santé sociale	618	3	0.70
Santé générale	575	10	0.76

Tableau 6: Comparaison des moyennes de chaque dimension par rapport à la santé perçue et à l'incapacité

Dimensions de la santé	La santé perçue				L'incapacité		
	Mauvaise	Assez bonne	Bonne	P-value	Oui	Non	P-value
Santé Physique							
Moyenne	30.99	57.44	79.12		26,92	58,63	
Ecart type	23.15	25.02	22.58	<.001 ^a	24,37	27,31	<.001 ^a
Santé Mentale							
Moyenne	48.63	69.44	82.36		46,64	69,31	
Ecart type	19.19	21.92	20.17	<.001 ^b	21,80	22,03	<.001 ^b
Santé Sociale %							
0	65.6	57.0	34.8		58,4	57,6	
33	21.6	26.7	26.121.7		28,4	22,2	
67	6.0	7.2	17.4		8,0	9,4	
100	6.7	9.0		<.001 ^c	5,7	10,8	>.05 ^c
Santé Globale							
Moyenne	32.61	49.99	67.81		31,54	51,10	
Ecart type	16.38	16.45	17.97	<.001 ^b	17,75	20,66	<.001 ^a

a Test de Kruskal Wallis; b Test d'anova; c Test de Pearson

4.4.2. Les variables indépendantes

4.4.2.1. Les événements traumatiques

La violence collective cible essentiellement les populations civiles. Elle touche directement la vie et l'intégrité physique des individus et de leurs proches. Elle touche souvent également les membres d'une communauté entière dans certains cas extrêmes comme le génocide ou les crimes contre l'humanité. Les événements traumatiques qui découlent de cette violence sont nombreux, souvent vécus différemment d'un individu à l'autre. Les victimes rapportent des menaces de mort, des blessures, de la torture (physique, psychologique), des spectacles affligeants d'exécution sommaire de gens souvent proches, des destructions des biens, etc.

Pour mesurer l'association entre ces événements et la santé des victimes, les chercheurs utilisent une gamme d'instruments avec des listes de questions très variables, allant de quelques-unes à plusieurs dizaines, en passant par des questions ouvertes où le répondant énumère lui-même les événements violents qu'il a vécus. Notre propre approche méthodologique consiste en une courte liste visant des événements précis. Ceux-ci se rapportent spécifiquement aux massacres vécus par les déplacés internes burundais ou par leurs proches. Les questions suivantes ont été posées :

- ☞ Est-ce qu'un ou plusieurs membres de votre famille ont été tués pendant les massacres de 1993 ?
- ☞ Avez-vous assisté (c'est-à-dire vu de vos propres yeux) au meurtre des membres de votre famille ou des gens proches ?
- ☞ Avez-vous été personnellement torturé ?
- ☞ Avez-vous subi des blessures corporelles lors de cette période de violence ?
- ☞ Avez-vous aujourd'hui un handicap physique qui découle de ces violences ?
- ☞ Avez-vous assisté à la torture des membres de votre famille ou des gens proches ?
- ☞ Avez-vous subi ou assisté au viol ?
- ☞ Avez-vous connu un autre événement tragique depuis que vous êtes arrivés au camp ?
- ☞ Avez-vous récupéré vos biens ?

À l'exemple d'autres listes événementielles, la nôtre est également limitative. D'ailleurs, les participants auraient souhaité nous raconter d'autres événements douloureux. Cependant, la liste est claire et focalise sur le besoin de décrire l'ampleur des événements traumatiques vécus par les déplacés internes burundais et de modéliser leur association avec l'état de santé du moment. Nos questions sont comparables à celles posées par d'autres chercheurs (Crescenzi et al., 2002; Mollica et al., 1992; Plante, Simicic, Andersen, & Manuel, 2002; Steel et al., 1999).

4.4.2.2 Les facteurs de l'environnement post-traumatique

Nous n'avons pas trouvé d'instruments de mesure des facteurs de l'environnement post-traumatique des déplacés internes. Le « Post Migration Living Difficulties Scale » (Silove et al., 1997) couvre par exemple des épreuves vécues par les réfugiés dans la période d'après-guerre ; il est, de ce fait, proche de nos préoccupations. Cependant, ayant été conçu pour une population de demandeurs d'asile – donc déjà dans un pays d'accueil – le PMLD ne capte pas, à notre avis, le véritable contexte de la vie de déplacé dans son propre pays.

Nous avons donc conçu un « instrument maison ». Conformément à notre cadre conceptuel, nous avons considéré trois catégories de variables couvrant respectivement la perception de sécurité (ou de la menace), le contrôle social et les difficultés chroniques. Notre instrument présente une certaine limite sur laquelle nous reviendrons dans la section 6.5. Toutefois, il convient de rappeler que la prise en compte de ces facteurs constitue un aspect important de cette thèse et, à notre connaissance, une des premières applications du concept multisystémique des mécanismes potentiels d'ajustement basé notamment sur le sentiment de sécurité et du contrôle social.

4.4.2.2.1 Le sentiment de sécurité.

L'approche conceptuelle consiste à prendre en considération la perception de la menace réelle ou appréhendée par les participants. Au

Burundi, il est connu que les présumés responsables de massacres sont en circulation libre dans le pays. La taille du pays étant réduite (moins de 28 000 kilomètres carrés), le risque de rencontre entre les victimes et leurs agresseurs existe. La présence de ces personnes dans l'environnement des victimes constitue donc une menace à la vie, et par conséquent une source potentielle de peur permanente. Les attaques meurtrières contre les déplacés de Ruhororo menées ultérieurement à notre enquête sont des faits justifiants, a posteriori, notre démarche conceptuelle. Dans ce cadre, nous avons posé les questions suivantes :

- ☞ Avez-vous peur de revivre les mêmes événements ?
- ☞ Avez-vous reconnu vos agresseurs ?
- ☞ Vous arrive-t-il de rencontrer vos agresseurs ?
- ☞ Avez-vous peur de croiser vos agresseurs ?

4.4.2.2.2 Le contrôle social.

Le contrôle social est basé sur la justice, système de sanctions de type moderne normalement exercé au Burundi. Des auteurs déjà cités plus haut (voir par surtout Silove et collaborateurs) proposent de tenir compte des éléments de justice (ou d'injustice) dans l'évaluation de l'état de santé des personnes confrontées à la violence collective. Cependant, parce que la situation de violence collective touche plusieurs domaines de la vie sociale (Salama et al., 2004), nous avons supposé que le système judiciaire du pays au moment de l'enquête pouvait se révéler peu fonctionnel et probablement peu rassurant pour tout le monde. De même,

la prise en compte d'une hypothétique réconciliation nationale comme porteuse d'éléments de contrôle social est difficilement mesurable en l'absence de programme de réconciliation. L'alternative qui nous semble plausible en complément à la justice moderne est la perception qu'ont les déplacés quant à l'attitude des membres de la collectivité qu'ils ont fuie. Autrement dit, puisqu'au moment des événements traumatiques les déplacés n'avaient plus confiance en leurs voisins dont certains constituaient à leurs yeux une menace à la vie, le sentiment que ceux-ci regrettent aujourd'hui ce qui s'est passé entre les deux composantes ethniques correspondrait à un certain niveau de contrôle social perçu par les victimes. Les questions portant sur ce point ont été libellées comme suit :

- ☞ Avez-vous porté plainte à la justice ?
- ☞ Est-ce que vos agresseurs ont été appréhendés ?
- ☞ Êtes-vous satisfait du jugement ?
- ☞ À votre avis, est-ce que les membres de votre communauté d'origine regrettent ce qui vous est arrivé ?

4.4.2.2.3 Les difficultés chroniques.

Les difficultés chroniques liées aux phénomènes nouveaux de pauvreté extrême et de dépendance constituent une menace pouvant toucher la nature identitaire et affective de l'individu. Ces facteurs sont susceptibles d'aggraver une situation déjà précaire. Dans le contexte des déplacés internes burundais, nous avons identifié certaines exigences

quotidiennes qui constituent des sources de tension permanente. La mauvaise santé du conjoint peut traduire la diminution de la productivité du ménage, les dépenses en médicaments, la surcharge de travail pour l'autre, le trouble affectif, etc. La préoccupation parentale à l'égard de la santé ou de la scolarité des enfants normalement ancrée dans la tradition burundaise peut être amplifiée dans le contexte de pauvreté extrême. Par exemple, plusieurs enfants déplacés quittent l'école par manque de frais de scolarité ou de matériel scolaire. Enfin, des questions élémentaires de la vie quotidienne généralement maîtrisées peuvent se révéler des points de tension permanente dans le contexte des camps de déplacés.

Les items relatifs aux difficultés chroniques ont été libellés comme suit :

- ☞ Votre conjoint (e) éprouve-t-il (elle) des problèmes de santé actuellement ?
- ☞ Est-ce que votre enfant présente un problème de santé ou d'éducation qui vous préoccupe en ce moment ?
- ☞ Est-ce qu'il y a beaucoup, peu ou pas de moustiques dans votre maison la nuit ?
- ☞ Avez-vous de l'eau potable à proximité ?

4.4.2.3 Les stratégies d'ajustement (ou coping)

Pour rappel, l'échelle de Vitaliano est une version abrégée du « The Ways of Coping Check-List » développée par Lazarus et Folkman (1984) déjà traduite et validée en français (Paulhan et al., 1994). Les items choisis ont été traduits et adaptés. La traduction en Kirundi a suivi

les mêmes étapes que pour l'instrument de mesure de l'état de santé. Lors du pré-test, nous nous sommes rendu compte que certains items ne correspondaient pas avec les conditions de vie des déplacés au moment de notre enquête. D'autres se sont révélés complètement inappropriés, voire cyniques, dans les yeux des déplacés. Par exemple, la quasi-totalité des participants a boudé les items tels que : « j'ai tenu bon et lutté », « je suis ressorti de cette expérience plus fort », « je me suis culpabilisé » ou « j'ai changé positivement ». En référence aux résultats du pré-test, nous avons tenu compte de la complexité de la situation, notamment par des actes de violence encore récents et par le climat sociopolitique malsain. Nous avons discuté également de la pertinence culturelle de certains items. Dès lors, pour l'enquête proprement dite, nous avons gardé les items suivants :

- ☞ J'ai essayé de tout oublier
- ☞ J'ai imaginé un endroit meilleur que celui où je suis
- ☞ J'ai souhaité pouvoir changer ce qui m'est arrivé
- ☞ J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais
- ☞ J'ai contenu mes émotions
- ☞ J'ai discuté pour en savoir beaucoup plus sur ce qui se passait
- ☞ J'ai essayé de ne pas m'isoler

Certes, l'échelle originelle comporte cinq stratégies d'ajustement. Cependant, conformément à notre objectif, les variables retenues nous donnent les stratégies que nous souhaitons ajouter à la modélisation de l'état de santé des déplacés, en l'occurrence l'évitement et la recherche du

soutien social. Nous considérons que ces stratégies sont acceptables et cadrent bien avec le contexte culturel et la situation de guerre. Étant donné que la majorité des participants à notre étude ne savent pas lire, ces items ont été reformulés sous forme de question d'entrevue.

4.4.2.4. Les caractéristiques sociodémographiques

L'âge est une variable continue qui donne le nombre d'années depuis la naissance. Il est donné par le participant. Le sexe indique que le participant était du genre masculin ou féminin. La profession est une variable en trois modalités : celle de référence est l'agriculture ; les autres sont les personnes qui ne travaillent pas et « autres professions ». Nous avons consigné dans cette dernière catégorie les fonctions qui génèrent des revenus. Une fonction génératrice de revenus peut être considérée comme valorisante eu égard aux conditions d'existence dans les camps de déplacés (commerçants, artisans, fonctionnaires). L'état matrimonial a 3 modalités : être marié est la référence, les autres étant veuf et célibataire/divorcé. Le degré d'alphabétisation prend en compte ceux qui ont fait au moins les études primaires par rapport à ceux qui ne savent ni lire ni écrire (analphabètes).

4.4.2.5. Les autres biais potentiels

La présente étude est susceptible de comporter un certain nombre de biais. Nous avons déjà présenté certains d'entre eux qui peuvent entacher la validité du questionnaire. À ceux-là, ajoutons encore les biais

de sélection, de mémoire ou d'interview qui sont susceptibles d'influencer nos résultats.

D'abord en ce qui concerne la sélection des participants. En interrogeant uniquement les chefs de ménages ou leurs conjointes, d'autres personnes adultes pourraient avoir été écartées parce qu'elles ne sont pas répertoriées dans cette catégorie sociale. Un trait culturel nous incite à minimiser l'éventualité de cette erreur. En effet, la cohabitation entre personnes adultes (si on exclut la vie de couple entre personnes de sexes différents) en milieu rural burundais est pratiquement inconnue. Même les enfants mâles quittent la maison familiale assez tôt dès qu'ils s'estiment en âge de se marier. Par ailleurs, les registres indiquaient clairement le nom du chef de ménage (homme ou femme) et des membres du ménage. De même, comme le recrutement des participants se faisait pendant la journée, il aurait été possible que le nombre de personnes qui travaillent (agriculteurs et autres métiers) soit sous-estimé. Pour éviter ce biais, les visites se déroulaient uniquement les après-midi, après les travaux champêtres ; de plus, les participants étaient reçus à leur convenance.

Ensuite, le biais de mémoire peut avoir entaché notre étude qui référait, au moins en partie, à des événements passés il y a plusieurs années. Nous savons que dans le domaine de la santé mentale, le souvenir de l'événement traumatique est un des critères principaux pour développer le PTSD. Le DMS IV (APA, 1994) note par exemple que le souvenir de l'événement est souvent d'une extraordinaire précision au

point que les victimes disent revoir la scène comme si elles y étaient. Cependant, dans leur article sur la relation entre la mémoire et le PTSD, Klein et al. (2003) disent que l'altération de la mémoire sous forme d'amnésie est possible. Face à l'éventualité de ce biais, nous avons compté essentiellement sur l'instrument de mesure. D'abord, les événements traumatiques évoqués dans notre étude sont similaires à ceux étudiés par d'autres auteurs déjà cités dans l'état des connaissances. De plus, nous nous sommes concentrés sur une courte liste d'événements précis (perte des membres de la famille, scènes d'exécution ou de tortures) difficilement oubliables. Ensuite, tous les participants vivaient dans la commune de Ruhororo pendant la crise de 1993. Les autres biais tels que celui de l'interview ont été contrôlés dans la procédure de recueil des données et dans la surveillance de la qualité des instruments.

4.5 Analyse

4.5.1. Analyse des variables dépendantes

L'analyse des variables dépendantes a été décrite dans l'article méthodologique. Rappelons que les dimensions retenues pour l'analyse de l'état de santé sont l'état de santé physique, l'état de santé social, l'état de santé perçu et l'incapacité. Ces dimensions découlent originellement du Profil de santé de Duke. Cependant, pour cette thèse, nous avons utilisé la version française traduite par Guillemin et collaborateurs

(Guillemin, Paul-Dauphin, Virion, Bouchet, & Briancon, 1997). Les analyses ont été réalisées grâce au logiciel SPSS (diverses versions).

4.5.2. Analyse des variables prédictives

4.5.2.1. Les stratégies de coping

Nous avons procédé à une analyse factorielle qui nous a permis de mettre en évidence les axes des stratégies d'adaptation. Ces axes ont été utilisés par la suite dans les différents modèles des quatre dimensions de l'état de santé. Dans la partie descriptive, nous avons coché successivement le déterminant de la matrice de corrélation afin de voir si nous avons le cas échéant des problèmes de multicolinéarité, l'indice de KMO pour vérifier dans quelle mesure la distribution des valeurs est adéquate et le test de sphéricité de Bartlett pour la normalité de la distribution. Pour l'extraction, nous avons opté pour l'analyse en composantes principales en fixant le nombre de facteurs à deux et le maximum des itérations pour converger à 25. Pour la rotation, la méthode Varimax avec normalisation de Kaiser a été sélectionnée. Enfin, les valeurs (scores) ont été enregistrées comme nouvelles variables (méthode régression) et les observations incomplètes ont été éliminées.

4.5.2.2. Les événements traumatiques et environnement post-traumatique

4.5.2.2.1. Analyse descriptive

Nous avons effectué premièrement une analyse descriptive des groupes de variables afin de comprendre leur distribution au sein de la

population étudiée. Nous avons procédé en deuxième lieu aux analyses corrélationnelles. D'abord, nous avons cherché à connaître le niveau de corrélation entre les deux principaux groupes de variables indépendantes que sont les événements traumatiques et les facteurs de l'environnement post-traumatique. Ensuite, nous avons effectué des liens entre les différents groupes de variables indépendantes (événements traumatiques, facteurs de l'environnement post-traumatique, stratégies d'adaptation et variables sociodémographiques) et les variables dépendantes afin d'en évaluer les associations potentielles. Les variables indépendantes dont la corrélation avec les variables dépendantes était non significative à un seuil de signification supérieur à 25% n'ont pas été introduites dans les analyses de régression.

4.5.2.2.2. Analyses de régression

Dans un premier temps, une analyse de régression linéaire a été faite pour les variables dépendantes « état de santé physique » et « état de santé social ». Les six modèles de régression élaborés pour chacune des deux variables ont plusieurs points en commun. D'abord, il y a eu hiérarchisation des variables dont le but était de connaître l'impact des variables de chaque modèle. Ensuite, dans les paramètres d'analyse, la probabilité de F a été choisie avec les seuils respectifs d'inclusion et d'exclusion de 0,05 et 0,10. La constante a été incluse, alors que les observations incomplètes ont été exclues. Pour les besoins de

présentation, les modèles ont été résumés en un seul tableau pour chacune des variables dépendantes. Dans tous les modèles, les statistiques comprennent notamment les estimations des coefficients de régression, la qualité d'ajustement et la variation de R-deux.

Par la suite, la modélisation a tenu compte de notre cadre conceptuel afin de voir l'apport de chaque groupe de variables indépendantes sur la variation des différentes dimensions de la santé. Les modèles par bloc ou hiérarchiques ont été utilisés. Ainsi, nous avons analysé la contribution des événements traumatiques à l'explication de chacune des dimensions de la santé en tenant compte de la présence des variables sociodémographiques dans le modèle. Le troisième modèle examine l'apport des stratégies d'ajustement dans les différents modèles explicatifs. Les modèles quatre, cinq et six tiennent compte des trois axes respectifs qui composent les facteurs de l'environnement post-traumatique, soit : les facteurs relatifs au sentiment de sécurité, au contrôle social et aux difficultés quotidiennes.

Dans les trois derniers modèles des variables dépendantes « état de santé physique et état de santé social », nous avons exploré la possibilité d'interactions entre les événements traumatiques et les facteurs de l'environnement post-traumatique. Certaines interactions se sont avérées non significatives et ont été retirées des modèles à cause de leur action triviale sur les autres facteurs. Celles qui étaient significatives ont été expliquées à travers des graphiques. Enfin, nous avons fait un tableau

récapitulatif des modèles finaux concernant uniquement les variables statistiquement significatives à l'étape 6.

Dans un deuxième temps, nous avons effectué une analyse de régression logistique pour les variables « état de santé perçu » et « incapacité ». Pour chaque variable indépendante, nous avons « forcé » l'entrée des variables indépendantes conformément au cadre conceptuel en les introduisant bloc par bloc dans un modèle hiérarchique. Le nombre d'itération a été arrêté à 20. Le test de Hosmer-Lemeshow de la qualité d'ajustement du modèle, l'intervalle de confiance à 95% ainsi que les seuils respectifs d'inclusion et d'exclusion de 0,05 et 0,10 ont été parmi les éléments retenus aux fins d'analyse.

CHAPITRE 5 : RÉSULTATS

5.1. Description des événements traumatiques, de l'environnement post-traumatique et de l'état de santé de la population étudiée.

5.1.1 Validité des instruments de mesure

Les résultats concernant les variables dépendantes ont été présentés dans l'article méthodologique. Cette section porte donc sur la validité des variables explicatives.

Sur la matrice des corrélations, plusieurs variables étaient significativement corrélées indiquant par là que la factorisation avait du sens. À la sortie des résultats, un déterminant de la matrice de corrélation de 0,356 suggérait l'absence de problèmes de colinéarité⁵¹. L'hypothèse de sphéricité, avec une valeur de Khi deux du test de Bartlett de 502,199 ($p=0.000$), était également rejetée. L'indice KMO était de 0,777. À l'issue de l'analyse factorielle, deux stratégies d'adaptation étaient extraites des données.

Le tableau VIII indique les dimensions (ou facteurs) ainsi dégagées. Tous les items associés à chacun des deux facteurs montraient généralement une contribution forte ou assez forte à l'exception de l'item « J'essaie de contenir mes émotions » qui avait un certain chevauchement sur le second facteur. Les quatre premiers items du tableau correspondaient au facteur « évitement avec pensée positive » de

⁵¹ Il varie de 0 à 1. S'il est proche de zéro, cela peut signifier que quelques unes ou toutes les variables explicatives sont fortement corrélées. S'il est nul, la matrice est dite singulière, ce qui veut dire qu'au moins un des prédictors est une fonction linéaire d'un ou de plusieurs des autres

l'échelle adaptée par Paulhan et coll. (1994) alors que les items 5 à 7 se rapportaient à la dimension « recherche du soutien social » de la même échelle.

Tableau VIII. Facteurs de regroupement des stratégies de coping

<u>Items</u>	Axe des stratégies	
	Évitement	Recherche du soutien social
1. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui m'est arrivé	0,81	
2. J'ai essayé de tout oublier	0,81	
3. J'ai imaginé un endroit meilleur que celui où je suis	0,71	
4. J'ai contenu mes émotions	0,51	
5. J'ai discuté pour en savoir beaucoup plus sur ce qui se passait		0,77
6. J'ai essayé de ne pas m'isoler		0,69
7. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais		0,60
Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.		

Nous avons mesuré également la consistance interne du questionnaire. Les valeurs d'alpha de Cronbach étaient respectivement de 0,70 pour l'évitement et 0,50 pour la recherche du soutien social. Cette dernière était nettement moins satisfaisante. Les scores factoriels étaient enregistrés comme de nouvelles variables et les observations incomplètes étaient éliminées. Rappelons que ces deux nouvelles variables respectivement dénommées « évitement » et « recherche du soutien social » furent incorporées par la suite dans l'analyse de régression et seront discutées comme stratégies d'adaptation.

Telle que théorisée, notre étude comporte trois groupes de variables indépendantes : d'abord celles portant sur les événements traumatiques, ensuite celles relatives à l'environnement post-traumatique et enfin les stratégies d'adaptation. Comme décrites dans le précédent

paragraphe, ces dernières étaient factorisées en deux nouvelles variables. Pour les autres, nous avons examiné les corrélations entre les deux groupes afin de déceler possiblement d'autres problèmes de multicolinéarité. Le tableau IX montre qu'il existe un certain nombre de corrélations significatives entre les variables des deux groupes, dont certaines étaient d'ailleurs attendues. Les coefficients s'étaient avérés faibles à modérés et n'étaient donc pas suffisamment élevés au point de constituer des sous-groupes mesurant le même phénomène.

Tableau IX : Corrélations entre les événements vécus et l'environnement post-traumatique

	Membres famille tués	Assister meurtres des proches	Avoir été torturé	Blessure corporelle lors des troubles	Avoir été violée ou avoir assisté au viol	Handicap lié à la guerre	Vu torture des proches	Événement tragique au camp	Biens récupérés
Peur de revivre les événements	-	0,09*	0,11*	-	-	0,10*	0,15**	0,10*	0,10*
Connaître ses agresseurs	0,13**	0,27**	0,27**	-	-	-	0,37**	-	-
Avoir croisé ses agresseurs	-	0,19**	0,20**	-	-	-	0,27**	-	-
Avoir peur de croiser ses agresseurs	-	0,10*	-	-	-	-	0,02	-	-
Avoir porté plainte à la justice	-	0,09*	0,12*	-	-	-	0,10*	-	-
Les agresseurs ont été appréhendés	-	0,09*	0,14**	0,09*	-	-	0,12*	-	-
Je suis satisfait du jugement	-	-	0,19**	-	-	-	-	-	-
Regrets perçus de « l'autre » communauté	0,27**	0,14**	-	-	-	-	-	0,11*	0,21**
Santé du conjoint	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Problème particulier à son enfant	-	0,09*	-	0,12*	-	0,11*	-	0,14**	0,01
Présence de moustiques	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Absence de l'eau potable à proximité	-	-	-	-	-	-	0,09*	-	-

5.1.2. Description de l'ampleur des événements traumatiques vécus en 1993 par les déplacés internes de Ruhororo et Mubanga

Le tableau X présente la fréquence d'exposition à des événements traumatiques. Certains de ces événements étaient d'une ampleur extrêmement élevée. La perte des membres de la famille était l'événement traumatique le plus communément partagé. Puisque les déplacés internes provenaient de la même commune de Ruhororo et, pour certains, de la même colline ou des collines avoisinantes, la plupart se reconnaissaient entre eux et connaissaient souvent leurs membres de famille, les amis ou les voisins tués. D'ailleurs, plus du tiers des femmes et du quart des hommes avaient assisté au meurtre de leurs proches.

L'ampleur de la torture était importante, en particulier chez les hommes où plus de 2 sur 5 avaient été torturés. De même, environ deux hommes sur trois et plus d'une femme sur deux avaient également assisté à la torture des proches. Le pourcentage d'hommes ayant subi des blessures ou ayant gardé un handicap associé à cette blessure était au moins deux fois plus élevées que celui enregistré à l'intérieur du groupe de femmes. Sept pour cent des femmes ont rapporté avoir été violées et 3% des hommes ont affirmé qu'ils ont été contraints d'assister au viol des femmes. Très peu de participants avaient récupéré les biens personnels qui leur appartenaient avant la violence collective.

Tableau X : Fréquence des événements traumatiques selon le genre des participants

Types d'événements traumatiques	Féminin (%) (N=326)	Masculin (%) (N=218)
Membres de familles tuées	88,3	79,8
Avoir assisté au meurtre des proches	34,7	26,1
Blessures corporelles lors des troubles	7,7	16,5
Handicap lié à cette blessure	4,6	9,2
Avoir été torturé physiquement	26,4	42,2
Avoir assisté à la torture des proches	53,4	60,6
Avoir été violé(e)/assisté au viol	6,9	2,8
Événement tragique au camp	32,2	35,3
Avoir récupéré ses biens	3,1	8,3

5.1.3 Description de l'environnement post-traumatique des déplacés internes de Ruhororo et Mubanga

Le tableau XI présente la fréquence des réponses relatives aux facteurs de l'environnement post-traumatique des camps. Les résultats font ressortir trois points saillants. D'abord, les gens ne se sentaient pas en sécurité au moment de l'enquête. En effet, la peur de revivre la violence collective était présente chez 80 % des participants. Les hommes étaient proportionnellement plus nombreux (84,5 %) à éprouver ce sentiment. Ils étaient également plus nombreux à affirmer qu'ils connaissent les agresseurs (81,7 %), qu'ils ressentent la peur de les croiser (83,5 %) et qu'ils les ont croisés au moins une fois (59,6 %). Ensuite, les résultats démontrent qu'à l'époque, les gens recouraient très peu à la justice (16 % chez les femmes et 28 % chez les hommes). De même, environ 7 % chez les femmes et 19 % chez les hommes ont affirmé que leurs agresseurs avaient été appréhendés alors que 3 à 9 % seulement se sont déclarés satisfaits des jugements rendus. À la question

de savoir s'ils percevaient que les membres de l'autre communauté (ethnie différente), celle qui n'a pas fui la colline, regrettaient les massacres de 1993, près de 22 % chez les femmes et de 30 % des hommes ont répondu de manière affirmative.

Enfin, les résultats indiquent que les difficultés quotidiennes dans le camp de déplacés étaient d'une importance variable. Environ le tiers des participants étaient préoccupés par la santé de leurs conjoints et de leurs enfants. Par contre, les résultats qui se rapportent à l'hygiène élémentaire étaient partagés : deux personnes sur trois ont affirmé que les moustiques étaient présents dans leurs maisons tandis qu'ils étaient à peine plus de 10 % à déclarer qu'ils n'ont pas d'eau potable à proximité.

Tableau XI : Fréquence des facteurs de l'environnement post-traumatique selon le genre des participants

Types de facteurs de l'environnement psychosocial	Féminin (%) (N=326)	Masculin (%) (N=218)
Sentiment de sécurité		
Peur de revivre les événements	76,4	84,5
Connaître ses agresseurs	68,9	81,7
Avoir croisé les agresseurs	49,7	59,6
Peur de croiser les agresseurs	80,7	83,5
Contrôle social		
Avoir porté plainte à la justice	16,0	28,0
Les agresseurs ont été appréhendés	7,4	18,8
Satisfait du jugement	2,8	8,7
Regrets perçus de « l'autre » communauté	22,3	30,2
Difficultés chroniques		
Santé du conjoint préoccupante	31,9	27,7
Problème particulier chez votre enfant	38,2	25,2
Présence de moustiques dans la maison	64,4	62,3
Eau potable à proximité	88,5	85,6

5.1.4. Description de l'état de santé des déplacés internes de Ruhororo et Mubanga

Le tableau XII montre la distribution de chacune des quatre variables dépendantes : l'état de santé physique, l'état de santé sociale, l'état de santé perçue et l'incapacité. D'une part, il apparaît que leur état de santé physique était relativement bon par rapport à leur état de santé sociale. D'autre part, beaucoup de répondants percevaient négativement leur état de santé. Ainsi, plus de 45 % d'entre eux qualifiaient leur état de santé comme étant mauvais alors que 67 % avaient éprouvé de l'incapacité physique au cours des huit jours qui ont précédé l'enquête.

Tableau XII : L'état de santé de la population déplacée de Ruhororo et Mubanga

Types de variables	Moyenne (N=544)	Écart type	Pourcentage (%) (N=544)
Santé physique	48,64	29,24	
Santé sociale	23,96	32,74	
État de santé perçue			
☞ Mauvaise			45,2
☞ Assez bonne			37,1
☞ Bonne			17,6
Incapacité			
☞ Oui			67,3
☞ Non			27,8

À cet effet, il est intéressant d'examiner les problèmes de santé rapportés à l'intérieur des sous-groupes d'hommes et de femmes (tableau XIII). Le manque de nourriture était le problème de santé le plus commun : un participant sur trois, autant chez les hommes que chez les femmes, déplorait l'absence de nourriture suffisante dans son ménage. Ce problème de santé pourrait être rapproché à celui qui vient en 3^e position où certains évoquaient le manque de tout, synonyme de la misère

dans le langage courant. Les participants se plaignaient également de plusieurs sortes de douleurs (particulièrement gastriques), de la fatigue permanente et de la faiblesse physique, des séquelles de la violence et de la solitude. Le tableau XIII montre aussi que les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses à souffrir de divers problèmes de santé. Elles étaient plus nombreuses à mentionner qu'elles manquaient de nourriture, qu'elles avaient des douleurs gastriques, de dos, de tête, dans les articulations, à rapporter qu'elles avaient des douleurs partout, qu'elles se sentaient malades tout simplement, qu'elles étaient tout le temps fatiguées et qu'elles ressentaient une faiblesse physique. Seules les femmes ont mentionné la solitude comme problème de santé. Par contre, les hommes étaient plus nombreux à déclarer qu'ils souffraient des séquelles des sévices subis pendant les violences. Les données de santé présentées dans cette section n'ont pas été incluses dans les modèles.

Tableau XIII : Problèmes de santé rapportés selon le genre des participants

Problèmes de santé autorapportés	Masculin (%) (N=218)	Féminin (%) (N=326)
Manque de nourriture	33,9	34,0
Douleurs gastriques	11,0	17,8
Manque de tout	10,1	12,0
Fatigue permanente	6,4	6,7
Douleurs non précises	2,3	5,2
Se sentir mal (sans préciser)	2,8	3,7
Douleurs de dos	3,7	2,8
Maux de tête	0,9	3,7
Douleurs articulaires	1,8	2,5
Toux	2,3	2,1
Séquelles des sévices subies	3,7	0,9
Grande faiblesse physique	0,9	2,5
La solitude	0,0	1,8

5.2. Liens associatifs entre les événements traumatiques, l'environnement post-traumatique et l'état de santé.

5.2.1. Association entre les événements traumatiques et l'état de santé des déplacés au moment de l'enquête

Le tableau XIV donne les corrélations entre les variables dépendantes et les événements traumatiques. De manière générale, les résultats indiquent que les coefficients de corrélation étaient relativement modérés. La majorité des événements traumatiques étaient corrélés à la fois avec au moins trois variables dépendantes. Cependant, le fait d'avoir assisté à la torture des proches était lié uniquement avec l'état de santé perçu alors que le fait d'avoir subi ou avoir assisté au viol était associé avec l'incapacité. L'état de santé perçu était associé avec la plupart des événements traumatiques alors que l'incapacité l'était avec trois événements seulement : le fait d'avoir assisté au meurtre des proches, d'avoir subi ou d'avoir assisté au viol et le fait d'avoir connu un événement tragique au camp.

En deuxième lieu, les résultats nous indiquent que les corrélations vont dans le sens attendu. En effet, toutes les associations significatives entre les événements traumatiques et l'état de santé physique, l'état de santé sociale et l'état de santé perçu étaient dans le sens négatif. Seul le fait d'avoir réussi à récupérer ses biens (après la fuite) était associé positivement avec les trois variables dépendantes, et cela, dans le sens attendu également. Quant à l'incapacité, elle était corrélée positivement

avec le fait d'avoir assisté au meurtre des proches, d'avoir subi ou d'avoir assisté au viol et le fait d'avoir connu un événement tragique au camp.

Tableau XIV : Association entre les événements traumatiques et l'état de santé des déplacés internes de Ruhororo et Mubanga

Types d'événements traumatiques	Santé physique	Santé sociale	État de santé perçue	Incapacité
Membres de familles tuées	-0,14**	-0,19***	-0,32***	-
Avoir assisté aux meurtres des proches	-	-0,12**	-0,17***	0,11*
Blessure corporelle lors des troubles	-	-	-	-
Handicap lié à la guerre	-0,12**	-0,09*	-0,10*	-
Avoir été torturé	-	-	-	-
Vu torture des proches	-	-	-0,10*	-
Biens récupérés	0,10*	0,11*	0,14**	-
Avoir subi/assisté viol	-	-	-	0,14**
Événement tragique au camp	-0,14**	-	-0,20***	0,20***

**. La corrélation est significative au niveau de 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau de 0.05 (bilatéral).

5.2.2. Association entre les variables de l'environnement post-traumatique et l'état de santé des déplacés au moment de l'enquête

L'association entre les variables de l'environnement post-traumatique et les dimensions de l'état de santé est présentée au tableau XV. Tout comme dans le tableau précédent, les coefficients de corrélation significatifs étaient modérés (0,09 à 0,33).

Nous avons analysé les résultats par groupe de variables. Les résultats indiquent d'abord que dans l'ensemble, les variables relatives au sentiment de sécurité étaient négativement associées aux variables de santé. Toutefois, le fait de connaître ses agresseurs était corrélé positivement à la santé physique. Dans le bloc contrôle social, le sens des associations significatives était positif. Toutefois, le fait d'avoir porté plainte à la justice était négativement associé à l'état de santé physique et

à l'état de santé perçu. Dans ce même bloc, aucune variable indépendante n'était associée à l'incapacité. Dans le dernier bloc relatif aux difficultés chroniques, le fait de ne pas être préoccupé par la santé du conjoint était associé positivement à la santé physique, la santé sociale et la santé perçue et négativement avec l'incapacité. Par contre, le fait d'être préoccupé par la santé du conjoint était positivement associé à l'incapacité ; l'association était non significative avec les autres variables dépendantes. Le fait d'avoir un enfant qui présente un problème particulier était négativement associé à l'état de santé physique, l'état de santé social et l'état de santé perçu, et positivement avec l'incapacité. Pour les deux autres variables du bloc, la présence des moustiques était associée négativement à l'état de santé physique et l'état de santé perçu alors que le manque d'eau potable à proximité était positivement associé à l'incapacité.

Tableau XV : Association entre les variables de l'environnement post-traumatique et l'état de santé des déplacés de Ruhororo et Mubanga

Types de facteurs de l'environnement post traumatique	Santé physique	Santé sociale	Santé perçue	Incapacité
Peur de revivre les événements	-0,10*	-0,10*	-0,14**	-
Connaître les agresseurs	0,12**	-	-	-
Avoir croisé mes agresseurs	-	-	-	-
Peur de croiser mes agresseurs	-	-	-0,16**	-0,12**
Avoir porté plainte à la justice	-0,11*	-0,06	-0,16**	-
Les agresseurs ont été appréhendés	-	-	-	-
Être satisfait du jugement	0,09*		0,14**	-
Regrets perçus de « l'autre » communauté	0,22**	0,33**	0,27**	-
Santé du conjoint 1	-	-	-	0,11*
Santé du conjoint 2	0,24**	0,11*	0,25**	-0,12**
Problème particulier à votre enfant	-0,25**	-0,09*	-0,27**	0,17**
Moustiques à la maison	-0,09*	-0,04	-0,13*	-
Carence d'eau potable à proximité	-	-	-	0,19**

** . La corrélation est significative au niveau de 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau de 0.05 (bilatéral).

5.2.3 Association entre les stratégies d'adaptation et l'état de santé des déplacés internes au moment de l'enquête

La corrélation entre les variables dépendantes et les stratégies d'adaptation est présentée au tableau 16. Les stratégies basées sur la recherche du soutien social étaient significativement associées à toutes les variables dépendantes. L'état de santé physique, l'état de santé social et l'état de santé perçu étaient corrélés aux deux formes de stratégies. Il n'y avait pas d'association significative entre l'incapacité et les stratégies d'évitement.

Tableau XVI : Corrélations entre les stratégies d'adaptation et l'état de santé des déplacés de Ruhororo et Mubanga

	Santé physique	Santé sociale	Santé perçue	Incapacité
Stratégies d'évitement	0,09*	0,16**	-0,11*	-
Recherche du soutien social	0,21**	0,17**	-0,19**	-0,08*

5.3 La modélisation de l'état de santé des déplacés de Ruhororo et Mubanga

5.3.1 La modélisation de l'état de santé physique

Le tableau XVII présente les coefficients de régression non standardisés de l'état de santé physique. La régression était faite en six étapes ou modèles différents. Cela permettait de tester s'il y avait une relation significative entre l'état de santé physique et le groupe de variables explicatives introduit dans le modèle. Si l'association demeurait significative malgré l'introduction d'autres variables dans le modèle, cela suggérait que les facteurs à l'étude influençaient jusqu'à un certain point l'état de santé physique.

Le premier bloc comprenait les variables sociodémographiques. Les coefficients non standardisés des variables « sans profession, alphabétisé et âge » étaient statistiquement significatifs. Ils demeuraient par ailleurs significatifs jusqu'au dernier modèle. Pour le sexe, l'association devenait non significative à partir du modèle 5 lorsqu'on tenait compte des facteurs de l'environnement post-traumatique. L'ensemble de ces variables expliquait 21 % de la variance totale de la variable dépendante « état de santé physique ».

**Tableau XVII : Coefficients non standardisés, variable dépendante
« état de santé physique ».**

Variables explicatives à l'étude		Variable dépendante : état de santé physique					
	Modèles (ou bloc)	1	2	3	4	5	6
(Constante)		62,03	71,69	71,17	66,09	45,84	62,91
Variables sociodémographiques							
Âge du répondant		-0,42**	-0,44**	-0,42**	-0,41**	-0,42**	-0,49**
Sexe masculin		7,55*	9,36**	8,19*	7,34*	6,18	5,65
Sans profession (agriculteurs=0)		-17,32**	-14,37**	-13,72**	-13,05**	-10,29*	-11,50*
Autres métiers (agriculteurs=0)		11,04	8,75	8,43	8,33	5,36	4,30
État matrimonial veuf (mariés=0)		0,62	4,01	4,25	4,17	4,14	-1,97
État matrimonial célibat/divorcés (mariés=0)		-7,56	-4,28	-3,23	-1,79	-0,86	-9,95
Alphabétisé (analphabètes =0)		11,99**	12,48**	11,82**	10,74**	10,22**	9,71**
Événements traumatiques							
Membres de familles tuées			-9,88**	-9,64**	0,64	2,47	2,46
Avoir assisté aux meurtres des proches			-1,32	-0,89	-22,79**	-22,00*	-19,88*
Avoir été torturé			2,16	2,37	0,59	4,03	2,26
Handicap lié à la guerre			-12,59*	-12,88**	-12,41*	-14,71**	-11,17*
Événement tragique au camp			-8,23**	-8,32**	-7,91**	-7,66**	-6,02*
Stratégies d'ajustement (coping)							
Stratégies « évitement »				1,27	0,68	0,83	0,64
Stratégies « soutien social »				2,24	2,56*	2,83*	2,21
Sentiment de sécurité							
Peur de revivre les événements					-6,56*	-4,20	-4,06
Connaître ses agresseurs					21,70**	21,29**	17,45*
Avoir déjà croisé mes agresseurs					-3,62	-2,42	-2,49
Peur de croiser mes agresseurs					-2,03	-1,40	-2,55
Membres de la famille tués x Connaître agresseurs					-18,75**	-19,52*	-14,13
Assister meurtres X Connaître agresseurs					24,58**	22,74*	21,45*
Contrôle social							
Avoir porté plainte à la justice						-5,83	-5,40
Les agresseurs ont été appréhendés						11,22	12,14
Être satisfait du jugement						11,90	10,78
Regrets perçus de « l'autre » communauté						6,81*	6,78*
Avoir été torturé X Plainte à la justice						19,88*	20,10*
Avoir été torturé X Agresseurs appréhendés						22,44*	21,57
Difficultés chroniques							
Santé du conjoint 1							-11,13
Santé du conjoint 2							-5,19
Problème particulier à votre enfant							-11,37**
R^2		0,21	0,25	0,26	0,29	0,32	0,35

** . La corrélation est significative au niveau de 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau de 0.05 (bilatéral).

Les événements traumatiques étaient introduits dans le deuxième modèle. Dans l'ensemble, les coefficients non standardisés étaient négatifs. Ceux des variables « handicap lié à la guerre, événement tragique au camp et membres de la famille tués » étaient statistiquement significatifs. Cependant, à partir du modèle 4, l'association entre le fait d'avoir eu des membres de la famille tués et l'état de santé physique devenait non significative, et ne pouvait donc plus être expliquée formellement en dehors de son interaction avec le fait de connaître ses agresseurs. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les déplacés qui affirmaient avoir assisté au meurtre des proches et ceux qui n'y avaient pas assisté. Cependant, le fait d'y avoir assisté devenait significatif lorsqu'on tenait compte de son interaction avec le fait de connaître ses agresseurs. Les événements traumatiques apportaient une variance additionnelle de 4 %.

L'addition des stratégies de coping était intervenue au bloc 3. Aucune des stratégies ne s'était avérée statistiquement significative au dernier bloc. Cependant, il y avait un lien significatif et positif entre les stratégies basées sur la recherche du soutien social et l'état de santé physique dans les blocs 4 et 5 lorsque les variables relatives au sentiment de sécurité et au contrôle social étaient dans le modèle. Les stratégies redevenaient non significatives en présence des difficultés chroniques.

Dans le bloc 4, les coefficients de régression non standardisés des trois sur quatre variables relatives au sentiment de sécurité étaient de signe négatif. Seule la variable « connaître ses agresseurs » était positive.

Celle-ci ainsi que le fait d'avoir peur de revivre les massacres de 1993 étaient les deux variables significatives. Toutefois, cette dernière devenait non significative lorsqu'on tenait compte du contrôle social.

Comme on l'a dit plus haut, les résultats de cette quatrième étape étaient marqués par l'introduction de deux variables d'interaction dans le modèle. D'abord, il y avait interaction entre le fait d'avoir des membres de la famille tués et de connaître ses agresseurs (fig. 10). L'interaction semblait indiquer que l'écart de bon état de santé physique était très grand en faveur de ceux qui, à la fois, n'avaient pas eu des membres de la famille tués et connaissaient les agresseurs.

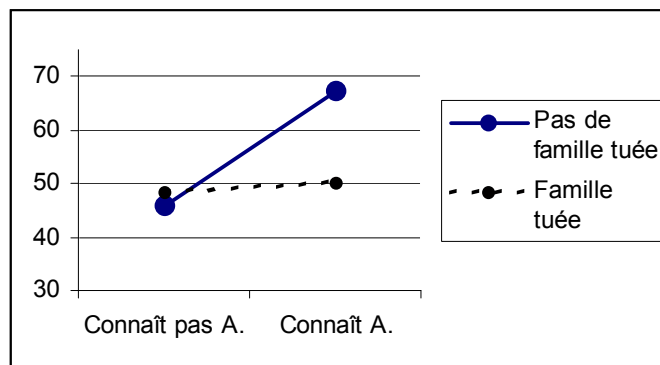


Figure 10 : Interaction entre le fait d'avoir les membres de la famille tués et connaître ses agresseurs sur l'état de santé physique.

Ensuite, le fait d'avoir assisté au meurtre des membres de la famille et le fait de connaître les responsables de la violence étaient en interaction sur l'état de santé physique (fig.11). Encore une fois, l'état de santé physique des répondants était meilleur lorsque les gens connaissaient leurs agresseurs, qu'ils aient assisté au meurtre ou non. Toutefois, pour les participants qui ne connaissaient pas les agresseurs, il y avait un écart en faveur de ceux qui n'avaient pas assisté aux meurtres.

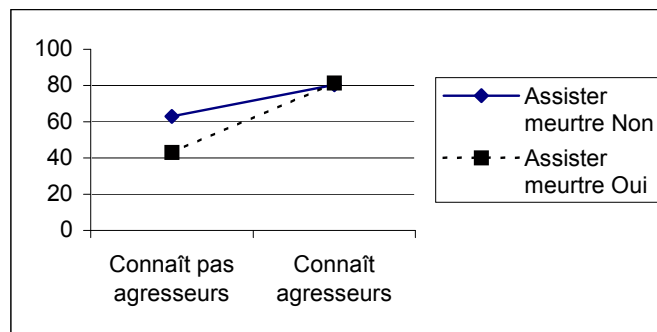


Figure 11 : Interaction entre le fait d'avoir assisté au meurtre des proches et connaître ses agresseurs sur l'état de santé physique

Les variables relatives au contrôle social étaient introduites dans le bloc 5. Dans le bloc précédent, les coefficients non standardisés des variables relatives au sentiment de sécurité étaient, pour 3 sur 4, de signe négatif. Dans le bloc 5, les coefficients relatifs au contrôle social étaient, pour 3 sur 4 également, de signe positif. Cependant, seule la variable « regrets perçus de l'autre communauté » avait un effet positif significativement associé à la variable dépendante. On pouvait interpréter que ces déplacés, qui percevaient que les membres de la communauté d'origine regrettaient ou déploraient la violence collective, présentassent un bon état de santé que ceux qui ne percevaient pas ces regrets.

Deux variables d'interaction étaient également introduites dans le modèle. L'interaction entre le fait d'avoir été torturé et l'arrestation des agresseurs est illustrée par la figure 12.

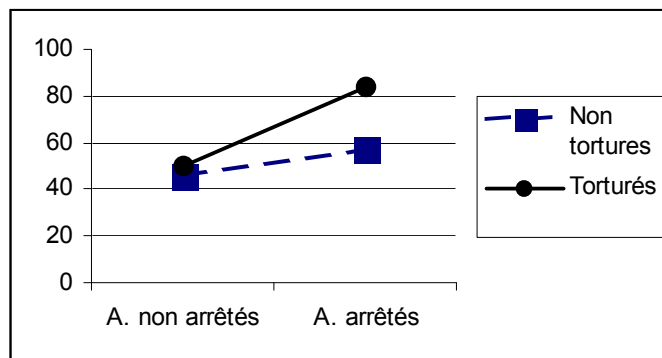


Figure12 : Interaction entre le fait d'avoir été torturé et l'arrestation des agresseurs sur l'état de santé physique

L'interaction indiquait que les répondants en général étaient plus en bon état de santé physique lorsque leurs agresseurs avaient été arrêtés, mais que ceux qui avaient été torturés l'étaient davantage que ceux qui n'avaient pas été torturés. La deuxième interaction portait sur le fait d'avoir été torturé et celui de porter plainte à la justice. La figure 13 montre que les déplacés torturés étaient en bien meilleur état de santé physique lorsqu'ils avaient porté plainte à la justice.

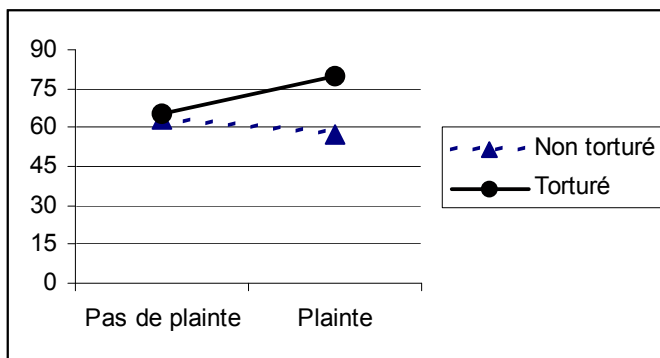


Figure 13 : Interaction entre la torture et le fait de porter plainte sur l'état de santé physique.

Les variables relatives aux difficultés chroniques sont analysées dans le dernier bloc. Il y avait un effet négatif et statistiquement significatif

de la variable « problème particulier à votre enfant » sur l'état de santé physique. Par contre, la santé du conjoint n'était pas statistiquement significative dans ce modèle.

5.3.2 La modélisation de l'état de santé social

Le tableau XVIII présente les coefficients de régression non standardisés de l'état de santé social. Tout comme dans l'analyse de l'état de santé physique, la modélisation de l'état de santé social était faite en six étapes avec, en toile de fond, la même réflexion que plus haut.

Dans l'ensemble, les résultats indiquaient en premier lieu que les variables sociodémographiques n'étaient pas significativement associées à l'état de santé sociale. Un coefficient positif et statistiquement significatif pour « autres métiers » était visible, très fort au début, diminuant par la suite et disparaissant au quatrième modèle. Les résultats démontrent en deuxième lieu ceci : d'abord, au-delà de la signification statistique, trois des quatre coefficients non standardisés de ce bloc de variables avaient un signe négatif. Ensuite, seule la variable « avoir les membres de la famille tués » était statistiquement significative.

Contrairement aux résultats présentés dans le modèle prédictif de l'état de santé physique, les coefficients de régression standardisés des stratégies d'adaptation étaient positivement associés à l'état de santé sociale, quelles que soient les variables introduites dans le modèle. Les variables introduites à l'étape 4 n'étaient pas significatives. Deux variables d'interaction sur l'état de santé social étaient considérées. D'abord, le fait

d'avoir eu des membres de la famille tués était en interaction avec la peur de revivre les événements. La figure 14 illustre la nature de l'interaction.

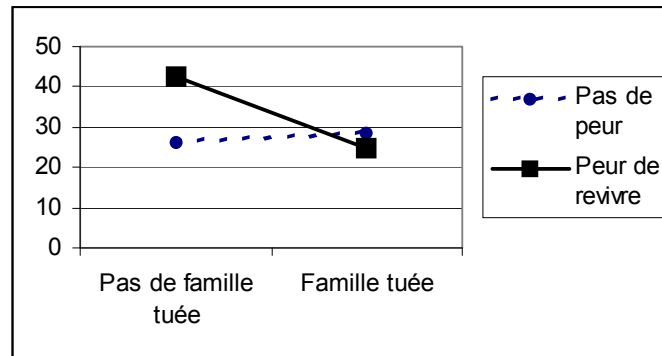


Figure 14 : Interaction entre le fait d'avoir eu des membres de la famille tués et la peur de revivre les événements sur l'état de santé sociale.

Il apparaît que les déplacés qui avaient peur de revivre les événements de 1993 avaient un meilleur état de santé sociale que ceux qui n'avaient pas peur, lorsque des membres de la famille n'avaient pas été tués. La situation tendait à s'inverser lorsque des membres de la famille avaient été tués. Ensuite, le fait d'être handicapé était en interaction croisée avec le fait d'avoir peur de revivre les événements (fig. 15).

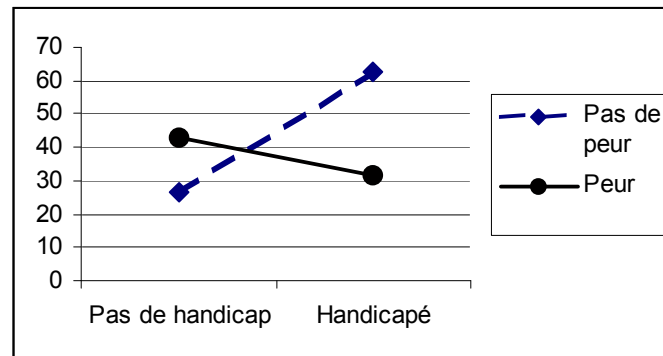


Fig.15 : Interaction entre le fait d'être handicapé et d'avoir peur de revivre les événements sur l'état de santé social.

Ainsi, les déplacés qui avaient peur de revivre les événements étaient en bon état de santé sociale lorsqu'ils n'avaient pas de handicap. Au contraire, l'écart de santé s'agrandissait en faveur de ceux qui n'avaient pas peur. Ainsi, les personnes ayant gardé un handicap étaient alors en moins bon état de santé social lorsqu'elles avaient peur de revivre les événements traumatiques. Dans le bloc 5, la variable « regrets perçus de l'autre communauté » était positive et statistiquement significative. Enfin, l'ensemble des variables indépendantes expliquait 20 % de la variance totale de l'état de santé social.

Tableau XVIII : Coefficients non standardisés, variable dépendante « état de santé social ».

Variables explicatives à l'étude	Variable dépendante : état de santé sociale							
	Modèles (blocs)	1	2	3	4	5	6	
(Constant)		32,88	47,52	47,09	38,10	26,34	26,39	
Variables sociodémographiques								
Âge du répondant		-0,21	-0,22*	-0,20	-0,13	-0,07	-0,09	
Sexe masculin		4,16	2,85	0,39	1,37	-0,59	-0,78	
Alphabétisé (analphabètes=0)		-3,11	-3,19	-4,64	-3,23	-2,63	-2,72	
Sans profession (agriculteurs=0)		-7,94	-6,45	-4,76	-5,38	-5,32	-6,05	
Autres métiers (agriculteurs=0)		21,53**	17,01*	15,62*	13,53	10,33	6,50	
Événements traumatiques								
Membres de familles tuées			-14,23**	-13,80**	-2,21	1,34	2,34	
Avoir assisté aux meurtres des proches			-3,68	-2,20	-3,71	-1,43	-1,76	
Handicap lié à la guerre			-10,77	-10,73	35,86	35,55	36,38	
Biens récupérés			9,75	8,16	7,22	0,88	-0,92	
Stratégies d'ajustement								
Stratégies d'évitement				4,19**	3,77**	3,72**	4,22**	
Stratégies de recherche du soutien social				4,51**	4,28**	4,50**	3,56*	
Sentiment de sécurité								
J'ai peur de revivre les événements					10,81	13,94	16,02	
J'ai peur de croiser mes agresseurs					-4,15	-0,60	-1,05	
Membres F. tués x Peur revivre événements					-16,24	-16,36	-19,84*	
Handicap x Peur de revivre les événements					-51,28*	-47,89*	-47,40*	
Contrôle social								
J'ai porté plainte à la justice						-1,38	0,81	
Regrets perçus de « l'autre » communauté						17,82**	17,25**	
Difficultés chroniques								
Santé du conjoint 1							-2,47	
Santé du conjoint 2							2,54	
Problème particulier chez votre enfant							-3,75	
		<i>R²</i>	<i>0,04</i>	<i>0,08</i>	<i>0,12</i>	<i>0,15</i>	<i>0,19</i>	<i>0,20</i>

R^2 0,04 0,08 0,12 0,15 0,19 0,20

** . La corrélation est significative au niveau de 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau de 0.05 (bilatéral).

5.3.3 La modélisation de l'état de santé perçu

Un modèle de régression logistique permet d'estimer les rapports de cotes (ou odds ratio, OR) ajustés pour les effets des autres variables présentes dans le modèle. Les OR permettent alors d'interpréter l'effet propre de chaque variable sur le résultat dans le modèle. Pour rappel dans un modèle de régression logistique, un OR est produit pour chacune

des deux catégories d'une variable dichotomique : par exemple 1 pour les exposés et 0 pour les non-exposés (catégorie de référence). En ce qui nous concerne, l'exemple serait de 1 pour *ceux qui ont eu des membres de la famille tués* et de 0 pour *ceux qui n'ont pas eu des membres de la famille tués* ou catégorie de référence. L'interprétation du rapport de cote est faite donc en fonction de cette catégorie de référence. La variable du résultat est également à deux catégories, selon lesquelles l'état de santé est perçu comme « mauvais » = 1, ou « bon » = 0. Habituellement, on dira que si un OR est supérieur à 1 le risque est augmenté et s'il est inférieur à 1 le risque est diminué. Les résultats sont exprimés avec un intervalle de confiance de 95 % ; ils sont dits statistiquement significatifs si les bornes de l'intervalle de confiance ne comprennent pas le 1. Enfin, on peut parler d'effet protecteur si un OR inférieur à 1 est statistiquement significatif.

Le tableau XIX nous présente donc les rapports de cotes de chacune des variables explicatives introduites dans notre modèle. Dans le premier bloc, il apparaissait que le fait d'« être alphabétisé » et le fait de « ne pas avoir de profession » étaient associés à l'état de santé perçu. Pour la première variable, il y avait un effet limite qui suggérait que les gens qui savaient lire et écrire (alphabétisés) se sentaient plus en bon état de santé que les analphabètes ($OR=0,56$; $IC_{95\%}=0,31-0,99$). L'effet de la variable « profession » était neutralisé par l'introduction des variables relatives aux événements traumatiques.

Trois variables à ces événements étaient significatives. En effet, les répondants qui avaient perdu les membres de leur famille ($OR=3,72$;

IC_{95%}=1,62-8,53), qui étaient handicapé à cause de la violence (OR=4,71; IC_{95%}=1,67-3,28) ou qui avaient connu des tragédies depuis leur arrivée au camp (OR=2,27; IC_{95%}=1,34-3,82) étaient susceptibles, de manière statistiquement significative, de percevoir un mauvais état de santé contrairement aux autres répondants. Par contre, au bloc suivant, les résultats suggéraient que le recours aux stratégies d'adaptation basées sur le soutien social était associé à un bon état de santé perçu, après avoir contrôlé pour les autres variables dans le modèle. Cependant, cette association était modeste (OR=0,77; IC_{95%}=0,60-0,98).

En quatrième lieu, certains facteurs de l'environnement post-traumatique étaient associés à l'état de santé perçu. Les déplacés internes qui avaient peur de rencontrer les agresseurs (OR=2,11; IC_{95%}=1,14-3,90) ainsi que ceux dont les enfants avaient des problèmes particuliers (OR=3,04; IC_{95%}=1,81-5,09) percevaient un mauvais état de santé par rapport aux autres déplacés répondant aux mêmes caractéristiques. Par contre, le fait d'être satisfait du jugement était plutôt positif (OR=0,19; IC_{95%}=0,05-0,79).

Tableau XIX. Rapports de cotes de l'état de l'état de santé perçue

Variables à l'étude	Variable dépendante : état de santé perçue						
Variables sociodémographiques	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4	Bloc 5	Bloc 6	IC _(95%)
Age du répondant	1,01	1,02	1,02	1,02	1,02	1,03	
Sexe masculin	0,72	0,49*	0,57	0,54	0,60	0,62	
État matrimonial veuf (mariés=0)	1,36	0,87	0,86	0,80	0,80	0,48	
État matrimonial célibat/divorcés (mariés=0)	1,10	0,72	0,62	0,62	0,66	0,54	
Alphabétisé	0,58*	0,50*	0,55*	0,58*	0,55*	0,56*	[0,31-0,99]
Sans profession (agriculteurs=0)	2,14*	1,70	1,53	1,50	1,38	1,50	
Autres métiers (agriculteurs=0)	0,72	1,19	1,28	1,37	1,68	1,94	
Événements traumatiques							
Membres de la famille tués		3,41**	3,46**	3,51**	3,77**	3,72**	[1,62-8,53]
Avoir assisté au meurtre des proches		1,31	1,24	1,44	1,52	1,50	
Handicap lié à la guerre		4,86**	5,11**	5,27**	5,55**	4,71**	[1,67-3,28]
Avoir assisté à la torture des proches		1,28	1,28	1,34	1,32	1,20	
Biens récupérés		0,90	0,98	1,18	1,22	1,11	
Tragédie au camp		2,43**	2,53**	2,47**	2,58**	2,27**	[1,34-3,82]
Stratégies d'ajustement (Coping)							
Stratégies d'adaptation : évitement			0,84	0,86	0,85	0,83	
Stratégies basées sur le soutien social			0,77*	0,75*	0,76*	0,77*	[0,60-0,98]
Peur de revivre les événements				1,36	1,25	1,33	
Connaître ses agresseurs				0,68	0,72	0,77	
Peur de rencontrer les agresseurs				2,08*	1,94*	2,11*	[1,14-3,90]
Contrôle social							
Plainte à la justice					1,46	1,07	
Agresseurs appréhendés					1,40	1,07	
Satisfait du jugement					0,20*	0,19*	[0,05-0,79]
Regrets perçus de « l'autre » communauté					1,03	0,96	
Difficultés chroniques							
Santé du conjoint : ne sont pas préoccupés						0,53	
Problèmes particuliers pour enfant						3,04**	[1,81-5,09]
Présence de moustiques						1,29	

5.3.4 La modélisation de l'incapacité

Le tableau XX présente les résultats de la régression logistique pour la variable dépendante « incapacité ». Il en découle trois principales observations. Dans l'ensemble, les variables sociodémographiques n'étaient pas associées à l'incapacité. Le fait de ne pas travailler était statistiquement significatif jusqu'à l'avant-dernier bloc, puis devenait non

significatif dans le dernier lorsque les variables relatives aux difficultés chroniques étaient rentrées dans le modèle.

Trois des cinq événements traumatiques considérés dans le modèle étaient associés à l'incapacité. L'association avec l'incapacité était significative pour les personnes qui avaient été violées ou qui avaient assisté au viol ($OR=3,09$; $IC_{95\%}=1,22-7,84$) et pour les répondants qui avaient connu un événement tragique depuis l'arrivée au camp ($OR=1,98$; $IC_{95\%}=1,22-3,22$) par rapport aux autres déplacés répondant aux mêmes caractéristiques. Le fait d'avoir assisté à la torture des proches était associé à l'incapacité, dans un sens plutôt inattendu. Toutefois, le lien devenait non significatif dans le bloc final.

Enfin, parmi les variables relatives à l'environnement post-traumatique, le fait d'avoir peur de rencontrer les agresseurs était associé à l'incapacité ($OR=0,45$; $IC_{95\%}=0,22-0,90$), laissant croire à un effet protecteur. Il en était de même pour ceux qui trouvaient que l'eau potable était à proximité ($OR=0,38$; $IC_{95\%}=0,20-0,73$). Par contre, ceux dont les enfants avaient des problèmes particuliers étaient plus susceptibles à l'incapacité ($OR=1,85$; $IC_{95\%}=1,12-3,07$) que ceux dont les enfants n'avaient pas de problèmes.

Tableau XX. Rapports de cotes de l'état de l'incapacité

Variables à l'étude	Variable dépendante : incapacité						IC _(95%)
	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4	Bloc 5	Bloc 6	
Variables sociodémographiques							
ÂGE	0,99	0,99	0,99	1,00	1,00	1,00	
SEXE	0,64	0,62	0,63	0,62	0,64	0,64	
État matrimonial veuf (mariés=0)	0,84	0,65	0,65	0,66	0,66	0,77	
État matrimonial célibat/divorcés (mariés=0)	0,71	0,54	0,54	0,54	0,55	0,77	
Alphabétisé	0,67	0,62	0,63	0,62	0,61	0,57	
Sans profession (agriculture=0)	2,94**	2,37*	2,27*	2,25*	2,22*	2,17	[0,96-4,89]
Autres métiers (agriculture=0)	0,91	1,01	1,04	0,96	1,06	1,09	
Événements traumatiques							
Membres de la famille tuée		1,83	1,83	1,86	1,88	1,87	
Avoir assisté au meurtre		1,32	1,28	1,15	1,18	1,13	
Avoir assisté à la torture		0,61*	0,60*	0,60*	0,60*	0,61	
Avoir été violée/assister au viol		2,99*	3,04*	3,11*	3,15*	3,09*	[1,22-7,84]
Tragédie au camp		2,25**	2,25**	2,20**	2,21**	1,98**	[1,22-3,22]
Stratégies d'ajustement (Coping)							
Stratégies évitement			0,92	0,93	0,92	0,93	
Stratégies Soutien social			0,97	0,98	0,99	1,03	
Sentiment de sécurité							
Peur revivre événements				1,30	1,30	1,44	
Peur rencontrer agresseurs				0,40**	0,39**	0,45*	[0,22-0,90]
Contrôle social							
Satisfait du jugement					0,56	0,57	
Difficultés chroniques							
Santé du conjoint préoccupante						1,62	
Problèmes particuliers de l'enfant						1,85*	[1,12-3,07]
Présence moustique						0,72	
Carence d'eau potable à proximité						2,62**	[1,38-4,98]

5.3.5 Récapitulatif des modèles finaux

Le tableau XXI présente les résultats récapitulatifs des 4 modèles finaux de l'analyse multivariée : l'état de santé physique, l'état de santé social, l'état de santé perçu et l'incapacité. Seules les variables significatives étaient prises en compte. Les écarts constatés dans le tableau XXI, en termes de valeur, entre les coefficients de régression non standardisés pour les deux premières variables dépendantes et entre les rapports de cotes pour les variables dépendantes dichotomiques, par

rapport à ceux des tableaux précédents, reflètent cette sélection. Mais de façon générale, les variables étaient restées statistiquement significatives et de même signe que dans les modèles originaux.

Cependant, quelques changements étaient observés au niveau des variables d'interaction. Dans la dimension santé physique, l'interaction entre le fait d'avoir des membres de la famille tués et de connaître ses agresseurs légèrement au-dessus du seuil de signification de 0,05 dans le modèle 6 était devenue statistiquement significative dans le modèle récapitulatif. Par contre, dans la dimension santé sociale, le lien entre le fait d'avoir eu des membres de la famille tués et la peur de revivre les événements devenait non significatif au seuil de 0,05 retenu pour cette étude.

Tableau XXI : Récapitulatif des variables significatives des modèles définitifs des différentes dimensions de la santé

Variables des modèles définitifs	Coefficients de régression non standardisés		Coefficients de régression logistiques	
	Santé physique	Santé sociale	Santé perçue	Incapacité
(Constante)	53,64**	21,44**	-3,14**	0,25**
Age du répondant	-0,44**		1,02	
Sans profession	-12,66**		2,61*	1,98*
Alphabétisé	11,90**		0,56*	
Membres de familles tuées	-1,82	0,28	4,01**	
Avoir assisté aux meurtres des proches	-18,90*			
Avoir été torturé	4,70			
Avoir assisté à la torture des proches				0,60*
Handicap lié à la guerre	-10,90*	32,02	4,12**	
Avoir été violé ou assister au viol				3,14**
Événement tragique au camp	-5,48*		2,58**	1,95**
Stratégies d'évitement		4,02**		
Stratégies de recherche du soutien social		4,85**	0,80*	
J'ai peur de revivre les événements		13,81		
Je connais mes agresseurs	16,75**			
Peur de rencontrer les agresseurs			1,90*	0,47*
Membres famille tués x Peur revivre événements		-16,63		
Handicap x Peur de revivre les événements		-45,44*		
Membres de la famille tués x Connaître agresseurs	-14,62*			
Assister aux meurtres X Connaître agresseurs	19,27*			
J'ai porté plainte à la justice	-7,73			
Mes agresseurs ont été appréhendés	15,85		0,19**	
Regrets perçus de « l'autre » communauté	7,34**	18,30*		
Avoir été torturé X Plainte à la justice	20,18*			
Avoir été torturé X Agresseurs appréhendés	23,40*			
Problème particulier de votre enfant	-13,11**		4,31**	2,09**
Carence d'eau potable à proximité				2,47**

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

Le but de l'étude était de documenter l'état de santé des déplacés internes burundais au moment de l'enquête, en se référant rétrospectivement à la violence collective de 1993 et à leur environnement psychosocial du camp au moment de l'enquête, et d'en définir les déterminants. Deux hypothèses étaient avancées : d'abord que les événements traumatiques vécus par les déplacés burundais seraient négativement associés à l'état de santé physique, à l'état de santé social, à l'état de santé perçu, et positivement à l'incapacité. Ensuite, que les déplacés internes qui se sentent encore menacés dans leur environnement post-traumatique, qui ont un faible contrôle social sur la situation et qui éprouvent des difficultés existentielles seraient en moins bon état de santé.

Dans le chapitre précédent, nous avons dressé le bilan de l'état de santé des déplacés internes et avons modélisé l'association entre cet état de santé et les facteurs indiqués ci-dessus. Dans les sections qui suivent, nous allons discuter des résultats, à la lumière de l'état des connaissances actuel sur la question.

6. 1. L'état de santé des déplacés internes

L'étude porte sur une population non scolarisée, essentiellement agricole, dont plus de la moitié était normalement d'âge actif (âgés de 30 à 49 ans) au moment de notre enquête. Le nombre de femmes (60%) est

élevé par rapport à celui des hommes. Cet écart est souvent observé dans les études portant sur ce genre de population : par exemple, les femmes représentaient respectivement 60 et 63% dans les études de Mollica et collaborateurs (Mollica et al., 1993) et Cardozo et collaborateurs (Cardozo et al., 2004). Ce qui est particulier dans notre cas c'est le pourcentage de veuves : 70% des femmes étaient veuves contre 5,5% des hommes. Cette différence entre les sous-groupes est énorme et pourrait s'expliquer, au moins en partie, par la nature des massacres qui visaient systématiquement les personnes de sexe mâle, et dans une certaine mesure par le pouvoir socioéconomique des hommes qui leur permet entre autres de se remarier plus facilement.

Les pointages moyens de 49% pour l'état de santé physique et 24% pour l'état de santé social suggèrent dans l'ensemble que l'état de santé des déplacés est mauvais. Il n'y a malheureusement pas, à notre connaissance, des références qui auraient utilisé le Profil de santé de Duke auprès des déplacés internes ou des réfugiés. L'étude de Molines et collaborateurs (Molines et al., 2000) qui donne une note moyenne d'environ 49% pour l'état de santé physique et 75% pour la santé sociale a été réalisée sur des migrants non spécifiés dans ces catégories.

Même si nous n'avons pas utilisé les mêmes instruments de mesure, l'état de santé des déplacés burundais est à rapprocher avec celui des autres populations déplacées, essentiellement réfugiées. Utilisant le SF-8, Roberts et collaborateurs (Roberts, Ocaka, Browne, Oyok, & Sondorp, 2009) ont établi un pointage de l'état de santé physique

des déplacés internes ougandais à 42%. Les auteurs ont indiqué que cette note était particulièrement basse, comparée par exemple au pointage moyen enregistré au sein de la population américaine. Par contre, leur étude ne porte pas sur les autres dimensions de la santé traitées dans cette thèse. L'étude de Cardozo et collaborateurs (Lopes Cardozo et al., 2000) quant à elle donne un pointage de santé sociale très proche de celui que nous avons obtenu, soit 29,5%. L'instrument de mesure utilisé était le SF-20. Il va sans dire que sur le Profil de santé de Duke, les pointages moyens de l'état de santé obtenus auprès des déplacés burundais sont extrêmement bas par rapport à ceux enregistrés dans les pays occidentaux qui, de surcroît, n'ont aucune population de ce genre sur leur territoire (Guillemin et al., 1997; Parkerson, Willke, & Hays, 1999).

Pour ce qui est de l'état de santé perçu, le pourcentage des déplacés qui considèrent que leur santé n'est pas bonne ou qui répondent au critère d'incapacité est très élevé (82 et 67% respectivement). Ce pointage est à rapprocher aux résultats de l'étude de Mollica et collaborateurs (Mollica et al., 1993). Dans cette étude, plus de 87% des répondants jugeaient que leur état de santé était mauvais, alors qu'à l'autre extrême, 19% affirmaient qu'ils étaient complètement incapables de travailler.

De son côté, la symptomatologie rapportée par les déplacés burundais traduit leur mauvais état de santé. Environ une personne sur deux a évoqué un problème de santé. Plusieurs études rapportent

généralement que les déplacés de guerre souffrent de douleurs générales, musculaires, gastriques, des problèmes circulatoires, métaboliques, etc. (Farhood, Dimassi, & Lehtinen, 2006; Hondius et al., 2000; Wagner et al., 2000). Dans notre cas, cet état de santé va au-delà de la maladie. Par exemple, plus du tiers des répondants ont pointé le manque de nourriture comme principal problème ressenti. Il en était de même dans la récente étude de Roberts et collaborateurs (Roberts, Ocaka et al., 2009) dans laquelle près de 90% des répondants identifiaient le manque d'eau et de nourriture comme principal événement traumatique.

6.2 L'ampleur des événements traumatiques

Les résultats descriptifs démontrent l'ampleur des événements traumatiques de 1993. Alors que dans notre échantillon les répondants qui ont perdu des membres de leurs familles lors des massacres, qui ont subi ou qui ont assisté à des atrocités s'étendent de 35 à 85%, d'autres études portant sur la même catégorie de populations donnent des résultats assez semblables. Les études asiatiques et de l'ex-Yougoslavie rapportent des proportions relativement moins élevées (entre 20 et 59% selon les auteurs) (Voir par exemple Ai et al., 2002; Crescenzi et al., 2002; Lopes Cardozo et al., 2000; Mollica et al., 1993). Cependant dans les pays des Grands Lacs africains, la situation est tout autre. Autant au Burundi qu'au Rwanda (Pham, Weinstein, & Longman, 2004) ou encore en Ouganda (Roberts, Ocaka et al., 2009), les résultats disponibles indiquent qu'au moins trois déplacés sur quatre ont perdu leurs proches ou ont assisté

personnellement aux atrocités. La situation serait probablement identique si des études étaient menées dans les autres pays de la région, tels que la République démocratique du Congo ou encore le Soudan. En réalité, dans ce genre de conflits politico-ethniques, les témoignages recueillis indiquent que les chances de survie pour ceux qui sont surpris par la spirale de violence sont généralement minces. Les personnes capturées, torturées ou blessées survivent rarement à ces épisodes. Par exemple dans la commune de Gikongoro au Rwanda, les victimes avaient en moyenne une chance sur quatre de survivre au génocide. Les chances de survie tenaient plus à la localisation des grands massacres et à la manière dont la violence s'était déroulée localement (Verpoorten, 2005). Soulignons quand même que de nombreuses personnes ont caché ou ont libéré, au péril de leurs vies, leurs voisins d'ethnie opposée (Vidal 2004). Souvent, les rescapés avaient été témoins oculaires des massacres des personnes de leur milieu, y compris des proches.

Il existe d'autres similitudes entre les événements traumatiques vécus par les déplacés internes burundais et ceux relevés dans les autres études. Par exemple, dans les publications de Hondius et coll. (2000) et Mollica et coll. (1993), le pourcentage des personnes qui ont déclaré avoir été torturées se situe entre 32 et 36%. Par ailleurs, quoique les viols et autres agressions sexuelles soient fréquents en période de violence collective, les taux rapportés sont généralement faibles. Ainsi, à l'instar de nos résultats (près de 7% de femmes), les études disponibles donnent des chiffres relativement peu élevés par rapport à la fréquence des autres

événements traumatiques vécus par les personnes affectées par la guerre. Les pourcentages enregistrés atteignent à peine 10%, un peu plus de 14% dans l'étude ougandaise (Roberts et al. 2009) et nettement moins élevé dans l'ex-Yougoslavie (Lopez Cardozo et al. 2000 ; Ai et al. 2002). Il semble, selon certains écrivains, que dans le cas des massacres à grande échelle, il faut du temps aux rescapés pour pouvoir parler de ce genre de crimes.

6.3 Les stratégies du coping

Nos résultats ne démontrent pas que les stratégies de coping utilisées ont la capacité de modifier fortement la relation initiale entre les événements traumatiques et l'état de santé des déplacés internes. Par contre, les deux sous-échelles retenues pour les besoins de cette thèse sont significativement associées à l'état de santé sociale et dans une moindre mesure à l'état de santé physique et perçue. L'absence d'effet tampon est probablement due au problème de conceptualisation dans le contexte culturel burundais. De même, il est possible de l'attribuer au moins partiellement à l'effondrement des ressources individuelles et sociales qui se poursuivait depuis plusieurs années, dans un pays déchiré, où la famille et les amis ont été tués et où les valeurs sociales et culturelles ont été détruites.

Il faut comprendre que le concept que nous avons utilisé est très occidental et récent ; même les chercheurs occidentaux divergent encore sur les questions d'ordre conceptuel et méthodologique (Chahraoui, 1999;

Ducharme, 1996; Yehuda & McFarlane, 1995). Nous n'avons pas trouvé de documentation sur l'utilisation du « The Ways of Coping Check-List » dans le contexte des réfugiés africains. Cependant, comme nous l'avons vu dans le chapitre portant sur l'état des connaissances, Shisana et Celentano (Shisana & Celentano, 1987) ont demandé à leurs participants d'imaginer des situations hypothétiques stressantes qu'ils ont incluses ensuite dans les modèles prédictifs de l'état de santé. Leurs résultats n'ont démontré aucun effet modificateur associé à l'état de santé autorapporté.

En définitive, il se pourrait que les stratégies de coping, telles que conçues en occident, restent entièrement à explorer dans le cas des déplacés internes africains en proie à des massacres intercommunautaires.

6.4 Les liens associatifs entre les événements traumatiques, les facteurs de l'environnement post-traumatique et l'état de santé actuel des déplacés

Nous avons modélisé l'association entre les événements traumatiques de 1993 et l'état de santé des déplacés au moment de l'enquête. Plusieurs variables explicatives sont associées à l'état de santé, la nature de ces associations varie selon les dimensions de la santé et les modèles considérés.

Cela étant dit, l'hypothèse selon laquelle les événements traumatiques vécus par les déplacés burundais sont négativement

associés à l'état de santé physique, à l'état de santé sociale, à l'état de santé perçu et, positivement, avec l'incapacité est vérifiée. Au demeurant, cela confirme ce qui est rapporté dans l'état des connaissances. Malheureusement, il nous est difficile de confronter nos résultats, car en dehors de la santé mentale (et du PTSD en particulier), les études qui associent les événements traumatiques tels que la perte des membres de la famille ou le spectacle des meurtres pour prédire aux autres dimensions de la santé des réfugiés sont rares. Dans l'étude de Roberts et collaborateurs (2009), le fait d'avoir été blessé ou d'avoir frôlé la mort était significativement associé à l'état de santé physique. L'association n'était pas significative avec d'autres événements traumatiques tels que le meurtre des proches ou le viol. Par contre, plus les événements traumatiques étaient nombreux, plus la santé physique se détériorait. Cette étude n'a malheureusement pas documenté l'état de santé social, ni l'état de santé perçu ou l'incapacité. Dans l'étude de Lopes-Cardozo et al (2000), les participants avaient connu plusieurs événements traumatiques. Les auteurs rapportent une association entre une mauvaise santé sociale et les événements traumatiques dans certains sous-groupes de la population seulement. Ils parlent notamment des gens vivant en milieu rural, les personnes sans emploi et ceux qui avaient des problèmes de santé chronique. Une deuxième étude (Lopes Cardozo et al., 2000) menée sur la même population une année après la fin du conflit ne trouva plus de lien significatif entre le fonctionnement social et les événements

vécus. Contrairement aux déplacés burundais, ces Albanais habitaient toujours dans leurs milieux habituels.

Bien plus, notre modélisation a confirmé la deuxième hypothèse selon laquelle les facteurs de l'environnement post-traumatique ont un impact mesurable sur l'état de santé. Nos résultats indiquent en effet que plusieurs facteurs de l'environnement post-traumatique sont associés à l'état de santé. Les associations statistiquement significatives étaient plus nombreuses avec la dimension « état de santé physique » et, dans une moindre mesure dans la dimension « état de santé sociale ». Les deux autres dimensions en comptaient plutôt moins. Le signe de ces associations va globalement dans le sens attendu.

Beaucoup de ces associations sont à interpréter selon leurs interactions avec les événements traumatiques. De façon générale, celles-ci agissent parfois comme modificateurs d'effet, en amortissant ou en amplifiant le lien associatif initial entre certains événements traumatiques et la santé des déplacés. Par exemple, il apparaît que le fait de connaître ses agresseurs a un effet tampon sur l'état de santé physique pour ceux qui ont assisté aux meurtres. Pourquoi, pour ceux qui ont assisté aux scènes macabres, l'écart de santé était-il en faveur de ceux qui connaissaient les agresseurs ? En réalité, toutes les hypothèses se valent puisque nous n'avons pas trouvé de référence à ce sujet. Disons simplement que nous ne connaissons pas l'historique de chaque participant lors des événements ; ainsi, nous ne savons pas dans quelles circonstances ces gens ont été épargnés.

Il apparaît aussi que les déplacés qui ont été torturés pendant les massacres de 1993 sont en meilleur état de santé physique lorsqu'ils portent plainte à la justice que ceux qui ne portent pas plainte. Cependant, en dehors de cette interaction, le recours à la justice semble ne pas produire les effets positifs attendus sur la santé. Cet aspect des résultats qui semble étonnant pourrait trouver son explication dans la publication de Campbell et Raja (Campbell & Raja, 1999). Ces auteurs rapportent en effet que chez de nombreuses victimes des symptômes traumatiques réapparaissent ou sont aggravés par la procédure judiciaire. Ainsi, les victimes se sentent de nouveau agressées et refusent même certaines formes d'intervention ou d'assistance des professionnels, y compris sur le plan juridique. De son côté, Herman (Herman, 2003) écrit que : *“Victims need social acknowledgment and support; the court requires them to endure a public challenge to their credibility. The victims need to establish a sense of power and control over their lives; the court requires them to submit to a complex set of rules and procedures that they not understand and over which they have no control. Victims often need to control or limit their exposure to specific reminders of the trauma; the court requires them to relive the experience by directly confronting the perpetrator. Etc. »*. À ce propos, une étude récente portant sur les crimes commis au Cambodge et les développements récents est révélatrice. En effet, on sait que les Nations Unies et le Cambodge ont créé, en 2006, un Tribunal pénal international pour juger les Khmers rouges responsables de la guerre civile des années 1970. Or, quoique les Cambodgiens soient persuadés

que cette démarche est de nature à leur faire justice, ils perçoivent en même temps que les épreuves qui seront présentées risquent de créer des souvenirs douloureux qui pourraient avoir un impact sur leur santé (Sonis et al., 2009). Évidemment, les auteurs ne recommandent pas d'abandonner le recours à la justice. Ils disent que seule une étude longitudinale pourrait déterminer le sens de l'association entre la justice et la santé. Dans le cas du Burundi, ce n'est pas que les gens n'ont pas porté plainte ou que très peu l'aient fait. Lors de notre enquête, plusieurs personnes nous ont rapporté qu'elles avaient abandonné les procès faute de moyens, par peur des représailles, ou tout simplement parce qu'ils n'avaient même pas confiance dans le système. Alors, lorsqu'ils mettent dans la balance la réparation attendue de cette justice burundaise et les risques qu'ils courent, le choix est parfois évident.

Un autre facteur de l'environnement post-traumatique à considérer dans un contexte de violence ethnique est la perception des gens quant à leurs ennemis d'hier. Le fait de percevoir que les membres de la collectivité d'origine regrettent aujourd'hui les gestes de violence de 1993 est associé positivement à la santé physique, à la santé sociale et à l'état de santé perçu. Dans une société ravagée par la haine et la méfiance mutuelle, ce fait nous paraît extrêmement intéressant. Peu d'études ont exploré cette voie. Récemment, en rapport avec le génocide rwandais, Pham et collaborateurs (Pham et al., 2004) ont trouvé que les symptômes de PTSD étaient associés à l'attitude envers la réconciliation mesurée en

termes d'ouverture et d'interdépendance entre les communautés. Il est fort probable que cela traduise ce que Jonas (Jonas, 1998) appelle « le besoin de reconnaissance » dans la mesure où le groupe social reconnaît le dommage subi par la victime et que celle-ci constate qu'elle appartient encore à ce groupe. Notre thèse n'est pas allée aussi loin.

À côté de ces facteurs à effet tampon, d'autres comme la peur semblent jouer un rôle amplificateur de l'impact négatif sur la santé. Nous avons très peu de références à ce sujet : dans la plupart des études, la peur du crime renvoie essentiellement au milieu résidentiel des participants plutôt que la violence collective dans notre cas.

À notre connaissance, cette thèse est parmi les premières études qui prennent en compte les facteurs de l'environnement post-traumatique comme variables explicatives de l'état de santé des déplacés internes, sans recourir aux modèles psychiatriques. L'étude de Roberts et collaborateurs (2009) menée en 2006, soit au moins 5 ans après notre propre enquête, a exploré les variables suivantes « manque de soins quand on est malade, blessure grave, forcé d'agir contre sa volonté, meurtre des membres de la famille, le manque d'eau et de nourriture, échapper de justesse à la mort et viol ou abus sexuel »⁵² dans des modèles multivariés de santé physique et de santé mentale. L'étude n'a malheureusement pas exploré toutes les dimensions de la santé. Par ailleurs, certains facteurs relatifs au sentiment de sécurité et au contrôle social, ainsi que les interactions entre ces facteurs et les événements

⁵² Traduction libre

traumatiques vécus antérieurement n'étaient pas pris en compte. Par contre, les auteurs ont publié encore plus récemment, une exploration plus large de ce qu'ils ont appelé déterminants sociaux de la santé des déplacés internes (Roberts, Odong et al., 2009). Ceux-ci comprennent des déterminants sanitaires, politiques, environnementaux, économiques et socioculturels. Ces déterminants vont dans le sens porté par cette thèse et confirmeraient davantage la position qu'elle défend s'ils venaient à être empiriquement vérifiés.

Malgré le temps de recul entre l'époque des faits et le moment de la recherche, l'hypothèse que les événements traumatiques soient associés aux variables de l'état de santé est vérifiée. D'ailleurs, d'autres chercheurs tels que Mollica et collaborateurs (Mollica, McInnes, Poole, & Tor, 1998) avaient démontré que les conséquences de santé mentale associées à la guerre pouvaient perdurer dix ans après que celle-ci soit terminée. Ce qui est particulièrement nouveau et intéressant dans cette thèse, c'est de constater à la fois la persistance du lien significatif entre l'état de santé et ces événements et l'effet significatif et modificateur des facteurs de l'environnement post traumatique sur ce lien. En d'autres termes, une dizaine d'année plus tard, nos résultats font ressortir clairement un effet différentiel de santé associé d'une part aux événements traumatiques vécus lors des massacres et d'autre part, en interaction avec ces derniers, à l'environnement post-traumatique. Dans ce sens, loin de constituer une limite, notre méthode mixte — rétrospective en ce qui concerne l'exposition aux événements traumatiques et transversale pour les

facteurs de l'environnement psychosocial post traumatique — plaide en faveur de la solidité de cette étude. À notre avis, pour une population confrontée à une crise d'une telle ampleur, cette persistance des associations significatives et interactionnelles signifie une vulnérabilité de santé dont les déterminants sont notamment conditionnés par les facteurs environnementaux. Notre thèse s'inscrit donc dans le sens du nouveau courant, défendu notamment par Summerfield (Summerfield, 1997, 1999, 2001) ou Silove et collaborateurs (Silove & Steel, 2006; Silove & Zwi, 2005) à l'effet que la meilleure approche pour appréhender les mécanismes d'ajustement pour cette catégorie de populations devrait être multisystémique, incluant le questionnement des environnements psychosociaux et socioculturels, des droits humains, du système de justice, etc.

6.5 Limites de l'étude

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées plus haut. D'autres critiques peuvent être soulevées. Par exemple, la liste événementielle peut ne pas faire l'unanimité. Cependant, comme le soulignent bien Hollifield et collaborateurs (Hollifield et al., 2002), il est difficile de définir tous les types d'événements, notamment les expériences liées aux guerres civiles et aux génocides ou à la répression. Selon ces auteurs, il n'existe pas encore d'instruments empiriquement développés pour couvrir toute la gamme des expériences traumatiques

des personnes déplacées. Notre liste des événements traumatiques était relativement courte, mais peut constituer une variante des instruments déjà existants. Sa longueur réduite nous a permis, par ailleurs, de nous concentrer sur des faits difficilement oubliables même sept ans plus tard. L'état des connaissances montre par ailleurs que plusieurs travaux ont opté pour des listes de même longueur.

En ce qui concerne l'environnement post-traumatique, le nombre de variables assignées à chaque sous-catégorie nous paraît plutôt court. Il n'est pas certain que nous avons circonscrit tous les facteurs de cet environnement qui expliquent l'état de santé des déplacés. À notre connaissance, excepté les postulats théoriques avancés par le courant de pensée précité, aucune publication scientifique sur la prise en compte de ce genre d'éléments dans les modèles prédictifs de l'état de santé des déplacés n'existait. Une recherche préliminaire de nature qualitative aurait probablement amélioré l'instrument de mesure, en donnant un portrait plus large des perceptions psychosociales et des conditions de vie dans les camps. À cet égard, le comité d'éthique de l'Université de Montréal nous avait clairement interdit l'utilisation de tout matériel d'enregistrement des voix ou des images afin de ne pas mettre en danger la vie des répondants. Dans un contexte d'insécurité, cette exigence rend pratiquement impossible une étude qualitative auprès d'une population pratiquement illettrée.

Le type de devis – transversal – peut être également critiqué. Mais surtout, le climat social, politique et militaire qui prévalait à l'époque ne

permettait pas de prendre une population de comparaison. En conséquence, nos résultats doivent être interprétés comme des associations sans référence à la causalité. Malgré leur caractère exploratoire, les relations significatives observées suggèrent des impacts de santé associés aux événements traumatiques d'une part, et en interaction avec ceux-ci, à l'environnement post-traumatique d'autre part.

Enfin, bien que nous ayons délibérément exclu d'analyser l'état de santé mentale, la quasi-totalité des publications sur les réfugiés et les déplacés internes porte sur cette dimension de la santé et particulièrement sur le PTSD en tant qu'indicateur principal de cet état de santé. Dès lors, il était difficile de ne pas s'y référer dans cette thèse, en rejoignant notamment la critique qui dénonce le recours quasi-systématique à cet indicateur. Par contre, la recension des écrits montre que certaines études font état d'une association entre la santé mentale et les autres dimensions de la santé.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION GÉNÉRALE

La guerre en tant que violence collective constitue une importante préoccupation de santé publique dans le monde et particulièrement en Afrique. En plus des morts et des blessés dont certains restent handicapés toute leur vie, la guerre provoque des déplacements massifs susceptibles de mener durablement à la détérioration de la santé des survivants. Une des catégories de populations les plus touchées, mais dont la communauté internationale s'occupe le moins, est celle des déplacés internes.

Au cours de cette recherche, nous avons analysé l'état de santé des déplacés de guerre au Burundi et avons défini des facteurs de l'environnement post-traumatique qui contribuent à le déterminer. À notre connaissance, aucune étude n'a porté à la fois sur l'état de santé des déplacés internes burundais en rapport avec les événements de 1993 et l'environnement post-traumatique dans lequel ils survivent depuis lors. Pourtant, rappelons que jusqu'à 10% de la population burundaise avaient fui leurs maisons pour chercher refuge dans des camps établis à l'intérieur du pays.

L'ampleur de la violence collective de 1993 a été documentée. Un grand nombre de déplacés a souffert ou a assisté à des atrocités. Dans les faits, ce genre d'événements est une succession de situations extrêmement stressantes qui bouleversent l'individu jusqu'au plus profond de lui-même. Ainsi, plus de sept ans après l'éclatement soudain des

événements d'une rare violence au Burundi, les déplacés internes sont en mauvais état de santé. Bien que la connaissance scientifique parle habituellement de conséquences de santé mentale à long terme, les résultats de notre étude portent à croire que les conséquences touchent d'autres dimensions de la santé. Par ailleurs, même s'il est évident que la mauvaise santé est plutôt un état commun de la population déplacée, ces résultats font ressortir clairement un effet différentiel associé d'une part aux événements traumatiques vécus précédemment et d'autre part, en interaction avec ces derniers, à l'environnement post-traumatique.

Notre thèse s'est intéressée justement à ce milieu dans lequel sont confinés les déplacés internes de Ruhororo depuis plus de 7 ans. Nous en arrivons à la conclusion que les facteurs de cet environnement sont des déterminants importants de l'état de santé des déplacés de guerre au Burundi. D'autres études conçues et publiées ces dernières années confirment un certain nombre de postulats que nous soulevons, dans le cadre de cette thèse de doctorat⁵³, depuis le début de cette décennie. La présente thèse se place donc désormais dans le nombre limité des publications qui démontrent une association entre les événements traumatiques, l'environnement post-traumatique et les états de santé physique, social et perçu et ainsi que l'incapacité des déplacés internes.

Nous n'avons pas démontré que les stratégies individuelles de coping telles que conçues en occident modulent l'état de santé des

⁵³ Le protocole de cette recherche a été présenté en 2000. La même année, nous avons obtenu une bourse du CRDI pour les chercheurs candidats au doctorat. En 2002, nous avons obtenu le Prix des JASP pour la pertinence de l'étude et enfin, le premier dépôt de thèse a eu lieu en 2002.

déplacés internes de Ruhororo. Par contre, le soutien social vers lequel l'individu se tourne pour obtenir de l'aide est un facteur positif pour l'état de santé. Malheureusement, dans la situation des massacres intercommunautaires et de violence collective généralisée, il est fort probable que les sources mêmes de ce soutien soient manquantes. Les raisons peuvent être nombreuses : les personnes importantes qui comptent ont disparu ; les sources institutionnelles, notamment celles des organismes de bienfaisance et de l'État sont inopérantes ; les relations individuelles et intercommunautaires sont perturbées, etc. Dans ce contexte, nous croyons que les mécanismes d'ajustement passent probablement par le contrôle social des individus. Rétablir la cohésion sociale, lutter contre l'impunité et promouvoir la justice, sont certainement des stratégies d'adaptation efficaces à long terme pour améliorer l'état de santé des déplacés internes.

Nous concluons donc, qu'en plus des événements traumatiques vécus par les déplacés internes de Ruhororo lors des massacres de 1993, la perception de leur environnement actuel peu sécurisant pour leur vie et socialement hostile contient un ensemble de facteurs qui déterminent leur état de santé. Ils affecteront durablement l'état de santé des déplacés internes en général dans la mesure où les crises de violences comme celles qui frappent toute la région des Grands Lacs africains se transforment en cercle vicieux et se pérennisent carrément. Dans ce sens, nous sommes d'avis que la Santé publique devrait organiser un état des lieux pour évaluer et encourager la recherche sur l'état de santé des

déplacés de guerre, incluant les réfugiés et les déplacés internes, dans cette région du monde. L'OMS organise notamment des services de promotion de la santé mentale et du bien-être des réfugiés⁵⁴. À l'issue de cette thèse, nous recommandons qu'en cas de violence collective, la Promotion de la santé puisse s'ouvrir davantage pour inclure une notion plus large des déterminants centrés sur la réhabilitation et le contrôle social des personnes déplacées dans le processus destiné à les amener à reprendre leur santé en main et à l'améliorer.

Au-delà de ces recommandations, la signification générale de cette thèse suggère que la recherche sur les déplacés internes reste encore marginale et qu'il faudrait la poursuivre sur plusieurs fronts dont voici quelques exemples. Du point de vue méthodologique, nous avons d'abord contribué à traduire et à adapter un instrument de mesure occidental, en l'occurrence le Profil de santé de Duke. Un instrument traduit en Kirundi peut bien servir au moins dans cette région des Grands lacs africains en proie à des crises durables, moyennant quelques améliorations et ajustements dialectiques. De façon générale, il faut encourager les jeunes chercheurs du Sud à s'appropriier les bons instruments de mesure de santé, tels que le GHQ ou certaines versions du MOS, en les adaptant et en les utilisant dans leur contexte local.

Sur le plan de la recherche proprement dite, les connaissances sur l'état de santé des déplacés internes sont encore parcellaires. Les modèles et cadres de référence développés ces derniers temps sont

⁵⁴La santé mentale des réfugiés. <http://www.helid.desastres.net/en/d/Js2662f/12.html>

encore à consolider. Par contre, des résultats intéressants commencent à sortir. Par exemple, en plus de ceux apportés par cette thèse, d'autres chercheurs tels que Pedersen (2002) ou Roberts et al (2009) en ont identifié une gamme de facteurs potentiellement déterminants pour l'état de santé des déplacés. Il serait donc intéressant, pour une future recherche, de colliger ces résultats et d'analyser des éléments communs susceptibles de contribuer à un cadre de référence solide.

Sur le front de l'intervention, notre thèse adresse directement les façons de faire lors des crises humanitaires majeures. Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre sur l'état des connaissances, le PTSD est devenu pratiquement le seul modèle utilisé pour expliquer l'impact des événements traumatiques sur l'état de santé des victimes. Selon Roptin (2006)⁵⁵, après une guerre ou une catastrophe, certaines organisations⁵⁶ recourent au concept de PTSD « pour lancer, légitimer ou pérenniser leur action, ou pour justifier la délimitation d'une population cible ». Par contre, « lorsque les symptômes s'éloignent du modèle de PTSD, les ressources sont parfois coupées, en estimant que les personnes ne sont plus malades alors qu'elles souffrent réellement. ». Cette façon de vouloir donner une signification chiffrée à toutes les souffrances « relègue au second plan bon nombre d'autres conséquences psychologiques ou sociales ». C'est ce que nous défendons dans cette thèse, à savoir la prise en compte des facteurs psychosociaux de l'environnement post-traumatique qui, à en croire nos résultats nos résultats, ont un impact de

⁵⁵ Roptin, Jacky (2006). Les limites du concept du PTSD. Messages de MSF, N°142 (septembre). En ligne : http://www.geopsy.com/memoires_theses/les_activites_psy.pdf

⁵⁶ Ici, Jacky Roptin cite nommément MSF ou il traile par ailleurs.

santé sur les populations confrontées à des crises majeures. D'une large perspective de santé publique, nous sommes d'avis qu'un suivi professionnel interdisciplinaire devrait être offert aux déplacés internes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aaby, P., Gomes, J., Fernandes, M., Djana, Q., Lisse, I., & Jensen, H. (1999). Nutritional status and mortality of refugee and resident children in a non-camp setting during conflict: follow up study in Guinea-Bissau. *BMJ*, 319(7214), 878-881
2. Acquier, J.-L. (1986). *Le Burundi* (Parenthèses ed.). Marseilles.
3. Ai, A. L., Peterson, C., & Uebelhor, D. (2002). War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *J Trauma Stress*, 15(2), 157-160.
4. Allden, K., Poole, C., Chantavanich, S., Ohmar, K., Aung, N. N., & Mollica, R. F. (1996). Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile. *Am J Public Health*, 86(11), 1561-1569.
5. Allotey, P. (1998). Travelling with "excess baggage": health problems of refugee women in Western Australia. *Women Health*, 28(1), 63-81.
6. Allotey, P., & Lazroo, C. (2004). The moral high ground: reflections on ethical dilemmas in unethical circumstances. *Monash Bioeth Rev*, 23(4), 78-84.
7. APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington:: American Psychiatric Association.
8. Barr, R. G., & Menzies, R. (1994). The effect of war on tuberculosis. Results of a tuberculin survey among displaced persons in El Salvador and a review of the literature. *Tuber Lung Dis*, 75(4), 251-259.
9. Batt, A., Le Duff, F., Trouve, F., Bideau, C., Brunet, N., Chermeux, H., et al. (1999). Sante ressentie et implication au travail des infirmier(e)s de l'Education nationale. *Sante Publique*, 11(4), 493-501.
10. Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
11. Batt, A., Le Duff, F., Trouve, F., Bideau, C., Brunet, N., Chermeux, H., et al. (1999). Sante ressentie et implication au travail des infirmier(e)s de l'Education nationale. *Sante Publique*, 11(4), 493-501.

12. Basoglu, M., Livanou, M., Crnobaric, C., Franciskovic, T., Suljic, E., Duric, D., et al. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *JAMA*, 294(5), 580-590.
13. Basoglu, M., Paker, M., Ozmen, E., Tasdemir, O., & Sahin, D. (1994). Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *JAMA*, 272(5), 357-363.
14. Bauer, M., Priebe, S., Graf, K. J., Kurten, I., & Baumgartner, A. (1994). Psychological and endocrine abnormalities in refugees from East Germany: Part II. Serum levels of cortisol, prolactin, luteinizing hormone, follicle stimulating hormone, and testosterone. *Psychiatry Res*, 51(1), 75-85.
15. Beauregard, L., & Dumond , S. (1996). La mesure du soutien social. 45(3), 55-76.
16. Beauregard, L., & Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. revue Service social, 45(3), 55-76.
17. Beckman, L. J., & Harvey, S. M. (1997). Experience and acceptability of medical abortion with mifepristone and misoprostol among U.S. women. *Womens Health Issues*, 7(4), 253-262.
18. Bhui, K., Abdi, A., Abdi, M., Pereira, S., Dualeh, M., Robertson, D., et al. (2003). Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees--preliminary communication. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(1), 35-43.
19. Billings, A. G., & Moos, R. H. (1982). Social support and functioning among community and clinical groups: a panel model. *J Behav Med*, 5(3), 295-311.
20. Bindman, A. B., Grumbach, K., Osmond, D., Vranizan, K., & Stewart, A. L. (1996). Primary care and receipt of preventive services. *J Gen Intern Med*, 11(5), 269-276.
21. Birmes, P., Carreras, D., Ducasse, J. L., Charlet, J. P., Lecoules, N., Olivier, M., et al. (2001). Victimes d'agression physique: evaluation prospective et longitudinale des blessures psychologiques. *Ann Med Interne (Paris)*, 152(7), 446-451.
22. Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Mitnick, N., Taylor, A. E., Loos, W. R., & Buckley, T. C. (1995). The impact of severity of physical injury and

- perception of life threat in the development of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behav Res Ther*, 33(5), 529-534.
23. Blake, D. D., Owens, M. D., & Keane, T. M. (1990). Increasing group attendance on a psychiatric unit: an alternating treatments design comparison. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 21(1), 15-20.
 24. Bolton, P., Neugebauer, R., & Ndogoni, L. (2002). Prevalence of depression in rural Rwanda based on symptom and functional criteria. *J Nerv Ment Dis*, 190(9), 631-637.
 25. Boscarino, J. A. (1996). Posttraumatic stress disorder, exposure to combat, and lower plasma cortisol among Vietnam veterans: findings and clinical implications. *J Consult Clin Psychol*, 64(1), 191-201.
 26. Bozzini, I., & Tessier, R. (1985). Support social et santé In J. Dufresne, F. Dumont & Y. Martin (Eds.), *d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*. Québec. Lion: Presses de l'Université du Québec. Presses universitaires de Lyon.
 27. Bracken, P. J., Giller, J. E., & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Soc Sci Med*, 40(8), 1073-1082.
 28. Bracken, P. J., & Petty, C. (1998). *Rethinking the trauma of war* (Free Association Books ed.). London.
 29. Brignon, J. (2007). *Petit précis de santé publique* (Lamarre ed.).
 30. Brown, R. E. (1969). Mission to Biafra (January 1969). A study and survey of a population under stress. *Clin Pediatr (Phila)*, 8(6), 313-321
 31. Brown, G. W., & Harris, T. (1986). Stressor, vulnerability and depression: a question of replication. *Psychol Med*, 16(4), 739-744.
 32. Brown, V., Caron, P., Ford, N., Clement Cabrol, J., Pierre Tremblay, J., & Lepec, R. (2002). Violence in southern Sudan. *Lancet*, 359(9301), 161.
 33. Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes*. (Dunod ed.). Paris.
 34. Bruchon-Schweitzer, M., Cousson-Gelie, F., Tastet, S., & Bourgeois, M. L. (1998). Approche de la psychologie de la santé *Encephale*, 24 Spec No 2, 2-14.
 35. Bruneteau, B. A. C. p. (2004). *Le siècle des génocides. Violences, massacres et processus génocidaires de l'Arménie au Rwanda*.

36. Bucquet, D. (1993). Qualité de vie, santé perceptuelle. Définition, concept, évaluation. In C. Herisson & S. L (Eds.), *Evaluation de la qualité de vie* (Vol. 14). Paris: Masson.
37. Cameron, C. M., Purdie, D. M., Kliwer, E. V., & McClure, R. J. (2006). Mental health: a cause or consequence of injury? A population-based matched cohort study. *BMC Public Health*, 6, 114.
38. Campbell, R., & Raja, S. (1999). Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence Vict*, 14(3), 261-275.
39. Carballo, M., Smajkic, A., Zeric, D., Dzidowska, M., Gebre-Medhin, J., & Van Halem, J. (2004). Mental health and coping in a war situation: the case of Bosnia and Herzegovina. *J Biosoc Sci*, 36(4), 463-477.
40. Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Crawford, C. A., Shaikh, I., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., et al. (2004). Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA*, 292(5), 575-584.
41. Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am J Epidemiol*, 104(2), 107-123.
42. Cassel, J. (1995). The contribution of the social environment to host resistance. The Fourth Wade Hampton Frost Lecture. 1976. *Am J Epidemiol*, 141(9), 798-814; discussion 797.
43. Chahraoui, K. (1999). Evenements stressants de la vie: modeles et methodologies. Quelques reflexions critiques. *Encephale*, 25(6), 541-548.
44. Charlton, P. F., & Thompson, J. A. (1996). Ways of coping with psychological distress after trauma. *Br J Clin Psychol*, 35 (Pt 4), 517-530.
45. Chassagny, O., & Caulin, C. (2002). Qualité de vie liée à l'état de santé: critère d'évaluation.
46. Chan, T. H., & Ward, S. (1993). Coping process theory: a tool to reduce stress and cardiovascular disease. *AAOHN J*, 41(10), 499-503.
47. Chen, A. L., Broadhead, W. E., Doe, E. A., & Broyles, W. K. (1993). Patient acceptance of two health status measures: the Medical Outcomes Study Short-form General Health Survey and the Duke Health Profile. *Fam Med*, 25(8), 536-539.

48. Chrétien, J.-P. (1995). Burundi. In M. s. F. P. e. d. 1995 (Ed.), *Rapport annuel sur les crises majeures et l'action humanitaire* (pp. 17-29). Paris: La Découverte.
49. Chrétien, J.-P., & Dupaquier, J.-F. (2007). *Burundi 1972, au bord des génocides* (Karthala ed.).
50. Clarke, G., Sack, W. H., & Goff, B. (1993). Three forms of stress in Cambodian adolescent refugees. *J Abnorm Child Psychol*, 21(1), 65-77.
51. Cobb, S. (1995). Social Support as a Moderator of Life Stress. In A. M. Eward (Ed.), *Toward an integrated medicine: classics from Psychosomatic medicine "1959--1979,"* (pp. 429): American Psychosomatic Society.
52. Coddington, R. D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. II. A study of a normal population. *J Psychosom Res*, 16(3), 205-213.
53. Cohen, S., & Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull*, 109(1), 5-24.
54. Crescenzi, A., Ketzer, E., Van Ommeren, M., Phuntsok, K., Komproe, I., & de Jong, J. T. (2002). Effect of political imprisonment and trauma history on recent Tibetan refugees in India. *J Trauma Stress*, 15(5), 369-375.
55. de Jong, J. P., Scholte, W. F., Koeter, M. W., & Hart, A. A. (2000). The prevalence of mental health problems in Rwandan and Burundese refugee camps. *Acta Psychiatr Scand*, 102(3), 171-177.
56. de Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., et al. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*, 286(5), 555-562.
57. de Jong, K., van der Kam, S., Ford, N., Hargreaves, S., van Oosten, R., Cunningham, D., et al. (2007). The trauma of ongoing conflict and displacement in Chechnya: quantitative assessment of living conditions, and psychosocial and general health status among war displaced in Chechnya and Ingushetia. *Confl Health*, 1, 4.
58. De Vries, J. (2001). Mental health issues in Tamil refugees and displaced persons. Counselling implications. *Patient Educ Couns*, 42(1), 15-24.
59. Dean, A., & Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. Problems and prospects for systematic investigation. *J Nerv Ment Dis*, 165(6), 403-417.

60. Devault, A. & Fréchette, L. (2002). Le soutien social et l'intervention de nature psychosociale ou communautaire. *Cahiers du GÉRIS*, No. 19.
61. Depoortere, E., Checchi, F., Broillet, F., Gerstl, S., Minetti, A., Gayraud, O., et al. (2004). Violence and mortality in West Darfur, Sudan (2003-04): epidemiological evidence from four surveys. *Lancet*, 364(9442), 1315-1320.
62. Di Perri, G., Cazzadori, A., Vento, S., Allegranzi, B., Nardi, S., Brunello, F., et al. (1998). Tuberculosis among refugees and displaced people at the Burundi-Rwanda border. *Clin Infect Dis*, 26(2), 500-501.
63. Dohrenwend, B. P., & Dorenwend, B. S. (1981). Socioenvironnemental factors, stress, and psychopathology. *American Journal of Community Psychology* 9, 128-129.
64. Ducharme, F. (1996). Le paradigme stress-coping, une contribution complémentaire des sciences sociales et des sciences infirmières au développement des connaissances. *Can J Nurs Res*, 28(4), 125-147.
65. Dugan, B. (2007). Loss of identity in disaster: how do you say goodbye to home? *Perspect Psychiatr Care*, 43(1), 41-46.
66. Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asian refugees. *Soc Sci Med*, 33(6), 673-680.
67. Emmelkamp, J., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., & Schagen, S. (2002). The relation between coping, social support and psychological and somatic symptoms among torture survivors in Nepal. *Psychol Med*, 32(8), 1465-1470.
68. Eono, P., Migliani, R., Philippe, B., & Lamarque, D. (1995). [Burundi: humanitarian mission (January-April 1994)]. *Med Trop (Mars)*, 55(2), 172-177
69. Evans, R. G., & Stoddart, G. L. (1996). Produire la santé, consommer les soins. In G. Evans, R. L. Barer & T. R. Marmor (Eds.), *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la mal* (John Libbey Eurotext ed., pp. 359). Montréal.
70. Eytan, A., Bischoff, A., Rrustemi, I., Durieux, S., Loutan, L., Gilbert, M., et al. (2002). Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo. *Aust N Z J Psychiatry*, 36(4), 499-503.

71. Farhood, L., Dimassi, H., & Lehtinen, T. (2006). Exposure to war-related traumatic events, prevalence of PTSD, and general psychiatric morbidity in a civilian population from Southern Lebanon. *J Transcult Nurs*, 17(4), 333-340.
72. Felten, S. Y., & Olschowka, J. (1987). Noradrenergic sympathetic innervation of the spleen: II. Tyrosine hydroxylase (TH)-positive nerve terminals form synapticlike contacts on lymphocytes in the splenic white pulp. *J Neurosci Res*, 18(1), 37-48.
73. Flett, R. A., Kazantzis, N., Long, N. R., MacDonald, C., & Millar, M. (2002). Traumatic events and physical health in a New Zealand community sample. *J Trauma Stress*, 15(4), 303-312.
74. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*, 48(1), 150-170.
75. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988a). Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol*, 54(3), 466-475.
76. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988b). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Soc Sci Med*, 26(3), 309-317.
77. Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 50(5), 992-1003.
78. Fournier, A. S., Mason, F., Peacocke, B., & Prudhon, C. (1999). The management of severe malnutrition in Burundi: an NGO's perspective of the practical constraints to effective emergency and medium-term programmes. *Disasters*, 23(4), 343-349.
79. Franche, D. (1997). Rwanda. G  n  alogie d'un génocide (Les petits livres ed.).
80. Frankenhaeuser, M., & Johansson, G. (1986). Stress at work: Psychobiological and psychosocial aspects. *International Review of Applied Psychology*, 35, 287 - 299.
81. Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (1995a). The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From normal*

- adaptation to PTSD (PA: Lippincott-Raven ed., pp. 507-524). Philadelphia.
82. Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (1995b). The relationship between trauma, posttraumatic stress disorder, and physical health, in Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to PTSD. Deutch AY, Philadelphia, Lippincott-Raven.
 83. Friedman, M. J., Schnurr, P. P., & McDonagh-Coyle, A. (1994). Post-traumatic stress disorder in the military veteran. *Psychiatr Clin North Am*, 17(2), 265-277.
 84. Gahama, J. (2001). Le Burundi sous l'administration belge.
 85. Gavrilovic, J., Lecic-Tosevski, D., Dimic, S., Pejovic-Milovancevic, M., Knezevic, G., & Priebe, S. (2003). Coping strategies in civilians during air attacks. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(3), 128-133.
 86. Gil, S., & Caspi, Y. (2006). Personality traits, coping style, and perceived threat as predictors of posttraumatic stress disorder after exposure to a terrorist attack: a prospective study. *Psychosom Med*, 68(6), 904-909.
 87. Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9(1), 139-145.
 88. Gorst-Unsworth, C., & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *Br J Psychiatry*, 172, 90-94.
 89. Granados, D., Lefranc, A., Reiter, R., Gremy, I., & Spira, A. (2005). Les "Annees de vie ajustees sur l'incapacite": un outil d'aide a la definition des priorites de sante publique? *Rev Epidemiol Sante Publique*, 53(2), 111-125.
 90. Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: an update. *J Trauma Stress*, 7(3), 341-362.
 91. Grunewald, F., & Laurence, T. (2001). Zones grises, crises durables, conflits oubliés : les défis humanitaires. *Revue internationale de la Croix-Rouge* 842, 323-351
 92. Guillemin, F., Paul-Dauphin, A., Virion, J. M., Bouchet, C., & Briancon, S. (1997). Le Profil de sante de DUKE: un instrument generique de mesure de qualite de vie liee a la sante. *Sante Publique*, 9(1), 35-44.

93. Hauff, E., & Vaglum, P. (1993). Vietnamese boat refugees: the influence of war and flight traumatization on mental health on arrival in the country of resettlement. A community cohort study of Vietnamese refugees in Norway. *Acta Psychiatr Scand*, 88(3), 162-168.
94. Herman, J. L. (2003). The mental health of crime victims: impact of legal intervention. *J Trauma Stress*, 16(2), 159-166.
95. Hermansson, A. C., Timpka, T., & Thyberg, M. (2002). The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*, 190(6), 374-380.
96. Hesbacher, P. T., Rickels, K., Morris, R. J., Newman, H., & Rosenfeld, H. (1980). Psychiatric illness in family practice. *J Clin Psychiatry*, 41(1), 6-10.
97. Hinton, W. L., Chen, Y. C., Du, N., Tran, C. G., Lu, F. G., Miranda, J., et al. (1993). DSM-III-R disorders in Vietnamese refugees. Prevalence and correlates. *J Nerv Ment Dis*, 181(2), 113-122.
98. Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., & Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry*, 164(1), 150-153.
99. Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987a). Personal and contextual determinants of coping strategies. *J Pers Soc Psychol*, 52(5), 946-955.
100. Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987b). Risk, resistance, and psychological distress: a longitudinal analysis with adults and children. *J Abnorm Psychol*, 96(1), 3-13.
101. Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B., & Sieber, W. J. (2001). Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. *J Trauma*, 51(2), 287-292; discussion 292-283.
102. Hollander, A. C., Ekblad, S., Mukhamadiev, D., & Muminova, R. (2007). The validity of screening instruments for posttraumatic stress disorder, depression, and other anxiety symptoms in Tajikistan. *J Nerv Ment Dis*, 195(11), 955-958.
103. Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J., et al. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA*, 288(5), 611-621.

104. Hollifield, M., Warner, T. D., Krakow, B., Jenkins, J., & Westermeyer, J. (2009). The range of symptoms in refugees of war: the New Mexico Refugee Symptom Checklist-121. *J Nerv Ment Dis*, 197(2), 117-125
105. Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213-218.
106. Hondius, A. J., van Willigen, L. H., Kleijn, W. C., & van der Ploeg, H. M. (2000). Health problems among Latin-American and middle-eastern refugees in The Netherlands: relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *J Trauma Stress*, 13(4), 619-634.
107. Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*, 41(3), 209-218.
108. Horowitz, M. J. (1979). Psychological response to serious life events. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human Stress and Cognition: An information processing approach* (pp. 235-263). Chichester: Wiley.
109. House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
110. Iglesias, E., Robertson, E., Johansson, S. E., Engfeldt, P., & Sundquist, J. (2003). Women, international migration and self-reported health. A population-based study of women of reproductive age. *Soc Sci Med*, 56(1), 111-124.
111. Ingrao, C. (2003). Violence de guerre et génocide. Le cas des Einsatzgruppen en Russie Les Cahiers de la Shoah, 1(7), 15-44.
112. Jacques, P. (2001). Trauma et culture. De la mémoire collective à la reconstruction psychique. *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 189 - 198.
113. Jeavons, S. (2000). Predicting who suffers psychological trauma in the first year after a road accident. *Behav Res Ther*, 38(5), 499-508.
114. Jeavons, S., Greenwood, K. M., & Horne, D. J. (2000). Accident cognitions and subsequent psychological trauma. *J Trauma Stress*, 13(2), 359-365.
115. Jeppsson, A. (2006). Patients unable to pay are detained in hospitals. *Lakartidningen*, 103(39), 2888, 2890.

116. Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., & Weisaeth, L. (2007). Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. A longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(7), 583-593.
117. Jonas, C. (1998). Les apports du droit à la prise en charge des victimes de traumatismes psychiques *Annales médico-psychologiques* 156 (1), 66-73.
118. Jones, L., & Kafetsios, K. (2002). Assessing adolescent mental health in war-affected societies: the significance of symptoms. *Child Abuse Negl*, 26(10), 1059-1080.
119. Josse, E., & Dubois, V. (Eds.). (2009). *Le traumatisme dans les catastrophes humanitaires* (Crisis Manuels ed.). Bruxelles.
120. Kagee, A. (2005). Symptoms of distress and posttraumatic stress among South African former political detainees. *Ethn Health*, 10(2), 169-179.
121. Kalafi, Y., Hagh-Shenas, H., & Ostovar, A. (2002). Mental health among Afghan refugees settled in Shiraz, Iran. *Psychol Rep*, 90(1), 262-266.
122. Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Med Care*, 15(5 SUPPL), 47-58.
123. Kalipeni, E., & Oppong, J. (1998). The refugee crisis in Africa and implications for health and disease: a political ecology approach. *Soc Sci Med*, 46(12), 1637-1653.
124. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
125. Kett, M. (2005a). Internally displaced peoples in Bosnia-Herzegovina: impacts of long-term displacement on health and well-being. *Med Confl Surviv*, 21(3), 199-215.
126. Kett, M. (2005b). Displaced populations and long term humanitarian assistance. *BMJ*, 331(7508), 98-100.
127. Kim, G., Torbay, R., & Lawry, L. (2007). Basic health, women's health, and mental health among internally displaced persons in Nyala Province, South Darfur, Sudan. *Am J Public Health*, 97(2), 353-361

128. Kimerling, R., & Calhoun, K. S. (1994). Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*, 62(2), 333-340.
129. King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M., & Fairbank, J. A. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *J Abnorm Psychol*, 108(1), 164-170.
130. King, D. W., King, L. A., Gudanowski, D. M., & Vreven, D. L. (1995). Alternative representations of war zone stressors: relationships to posttraumatic stress disorder in male and female Vietnam veterans. *J Abnorm Psychol*, 104(1), 184-195.
131. Kisely, S., Stevens, M., Hart, B., & Douglas, C. (2002). Health issues of asylum seekers and refugees. *Aust N Z J Public Health*, 26(1), 8-10.
132. Kleber, R. J., & Brom, D., . (1992). *Coping with Trauma. Theory, prevention and traitment*. Amsterdam.
133. Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
134. Lacopino, V., & Waldman, R. J. (1999). War and health: from Solferino to Kosovo--the evolving role of physicians. *JAMA*, 282(5), 479-481.
135. La Scola, B., Rydkina, L., Ndhokubwayo, J. B., Vene, S., & Raoult, D. (2000). Serological differentiation of murine typhus and epidemic typhus using cross-adsorption and Western blotting. *Clin Diagn Lab Immunol*, 7(4), 612-616
136. Lavoyer, J.-P. (2008). Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays - Commentaires. *Revue internationale de la Croix-Rouge* 831, 503-516
137. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. . New York.
138. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Transactional Theory and Research on Emotions and Coping. . *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
139. Lazarus, R. S. (1974). Psychological stress and coping in adaptation and illness. *Int J Psychiatry Med*, 5(4), 321-333.

140. Lazarus, R. S. (1985). The psychology of stress and coping. *Issues Ment Health Nurs*, 7(1-4), 399-418.
141. Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol*, 44, 1-21.
142. Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between personality environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in Interactive Psychology* (pp. 287-321). New-York.: Plenum.
143. Leitenberg, H., Greenwald, E., & Cado, S. (1992). A retrospective study of long-term methods of coping with having been sexually abused during childhood. *Child Abuse Negl*, 16(3), 399-407.
144. Lerner, Y., Kertes, J., & Zilber, N. (2005). Immigrants from the former Soviet Union, 5 years post-immigration to Israel: adaptation and risk factors for psychological distress. *Psychol Med*, 35(12), 1805-1814.
145. Leserman, J., Drossman, D. A., Li, Z., Toomey, T. C., Nachman, G., & Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosom Med*, 58(1), 4-15.
146. Lewinsohn, P. M., Mermelstein, R. M., Alexander, C., & MacPhillamy, D. J. (1985). The Unpleasant Events Schedule: a scale for the measurement of aversive events. *J Clin Psychol*, 41(4), 483-498.
147. Lhewa, D., Banu, S., Rosenfeld, B., & Keller, A. (2007). Validation of a Tibetan translation of the Hopkins Symptom Checklist 25 and the Harvard Trauma Questionnaire. *Assessment*, 14(3), 223-230.
148. Lipman, R. S., Covi, L., & Shapiro, A. K. (1979). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL)--factors derived from the HSCL-90. *J Affect Disord*, 1(1), 9-24.
149. Lopes Cardozo, B., Vergara, A., Agani, F., & Gotway, C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *JAMA*, 284(5), 569-577.
150. Loughry, M., & Flouri, E. (2001). The behavioral and emotional problems of former unaccompanied refugee children 3-4 years after their return to Vietnam. *Child Abuse Negl*, 25(2), 249-263.
151. Lwanga, S. K., & Lemeshow, S. (1991). Détermination de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques (WHO Genève ed.). Genève.

152. MacNamara, D. (2005). Qui fait quoi? Déplacés internes: l'avenir en matière de protection et d'assistance. *Migrations Forcées*, 6-7.
153. Mann, J. (1998). Santé publique : éthique et droits de la personne. *Santé publique* 1998,, 10, 239-250.
154. Markotic, A. (2002). Balkan syndrome. *Lancet*, 359(9301), 166.
155. Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *Am J Psychiatry*, 153(7 Suppl), 94-102.
156. McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford. New York: Oxford University
157. McDowell I et Newell C. (1996). *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. New York, Oxford, Oxford University Press.
158. McNally, R. J. (2003). Psychological mechanisms in acute response to trauma. *Biol Psychiatry*, 53(9), 779-788.
159. Mitchell, R. E., & Trickett, E. J. (1980). Task force report: social networks as mediators of social support: an analysis of the effects and determinants of social networks. *Community Ment Health J*, 16(1), 27-44.
160. Molines, C., Sapin, C., Simeoni, M. C., Gentile, S., & Auquier, P. (2000). Santé perçue et migration : une nouvelle approche pour l'intégration sanitaire ? *Rev Epidemiol Santé Publique*, 48(2), 145-155.
161. Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis*, 180(2), 111-116.
162. Mollica, R. F., Donelan, K., Tor, S., Lavelle, J., Elias, C., Frankel, M., et al. (1993). The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *JAMA*, 270(5), 581-586.
163. Mollica, R. F., McInnes, K., Poole, C., & Tor, S. (1998). Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *Br J Psychiatry*, 173, 482-488.

164. Mollica, R. F., Wyshak, G., de Marneffe, D., Khuon, F., & Lavelle, J. (1987). Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *Am J Psychiatry*, 144(4), 497-500.
165. Mollica, R. F., Wyshak, G., & Lavelle, J. (1987). The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry*, 144(12), 1567-1572.
166. Mooren, T. T., de Jong, K., Kleber, R. J., & Ruvic, J. (2003). The efficacy of a mental health program in Bosnia-Herzegovina: impact on coping and general health. *J Clin Psychol*, 59(1), 57-69.
167. Murray, C. J., King, G., Lopez, A. D., Tomijima, N., & Krug, E. G. (2002). Armed conflict as a public health problem. *BMJ*, 324(7333), 346-349.
168. Nathan, N., Tatay, M., Piola, P., Lake, S., & Brown, V. (2004). High mortality in displaced populations of northern Uganda. *Lancet*, 363(9418), 1402.
169. Ndiokubwayo, J. B., & Raoult, D. (1999). [Epidemic typhus in Africa]. *Med Trop (Mars)*, 59(2), 181-192.
170. Ndiokubwayo, J. B., Kinigi, J., & Gahimbare, L. (2000). [Bacteriological particularities of *Vibrio cholerae* serotype Ogawa, biotype El Tor isolated in Burundi]. *Med Trop (Mars)*, 60(2), 204.
171. Niyongabo, T., Ndayiragije, A., Larouze, B., & Aubry, P. (2005). [Burundi: impact of 10 years of civil war on endemic and epidemic diseases]. *Med Trop (Mars)*, 65(4), 305-312.
172. Noh, S., Beiser, M., Kaspar, V., Hou, F., & Rummens, J. (1999). Perceived racial discrimination, depression, and coping: a study of Southeast Asian refugees in Canada. *J Health Soc Behav*, 40(3), 193-207.
173. Norbeck, J. S. (1981). Social support: a model for clinical research and application. *ANS Adv Nurs Sci*, 3(4), 43-59.
174. Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nurs Res*, 30(5), 264-269.
175. OCDE. (2009). *Panorama de la société 2009: Les indicateurs sociaux de l'OCDE* (OECD Publishing, 2009 ed.).

176. Omeri, A., Lennings, C., & Raymond, L. (2006). Beyond asylum: implications for nursing and health care delivery for Afghan refugees in Australia. *J Transcult Nurs*, 17(1), 30-39.
177. OMS. (1988). Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, un manuel de classification des conséquences des maladies. Paris: OMS, CTNERHI.
178. OMS. (2002). Rapport mondial sur la violence et la sante. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
179. Parkerson, G. R., Jr., Gehlbach, S. H., Wagner, E. H., James, S. A., Clapp, N. E., & Muhlbaier, L. H. (1981). The Duke-UNC Health Profile: an adult health status instrument for primary care. *Med Care*, 19(8), 806-828.
180. Parkerson, G. R., Jr., Willke, R. J., & Hays, R. D. (1999). An international comparison of the reliability and responsiveness of the Duke Health Profile for measuring health-related quality of life of patients treated with alprostadil for erectile dysfunction. *Med Care*, 37(1), 56-67.
181. Paul, P. (2001). Le concept de « Santé Globale », entre approches formelles et informelles dans la Transdisciplinarité. <http://www.univ-tours.fr/sciences-edu/ecrits/santeglobaleppaul.pdf>
182. Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1998). Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité (2ème édition ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
183. Paulhan, I., Nuissier, J., Quintard, B., Cousson, F., & Bourgeois, M. (1994). La mesure du "coping". Traduction et validation francaises de l'echelle de Vitaliano (Vitaliano et al. 1985). *Ann Med Psychol (Paris)*, 152(5), 292-299.
184. Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *J Health Soc Behav*, 19(1), 2-21.
185. Pedersen, D. (2002). Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Soc Sci Med*, 55(2), 175-190.
186. Perrin, P. (1995). Guerre et santé publique. Manuel pour l'aide aux prises de décisions. . Comité international de la Croix-Rouge, Genève. .

187. Pham, P. N., Weinstein, H. M., & Longman, T. (2004). Trauma and PTSD symptoms in Rwanda: implications for attitudes toward justice and reconciliation. *JAMA*, 292(5), 602-612.
188. Pike, I. L., Straight, B., Oesterle, M., Hilton, C., & Lanyasunya, A. (2010). Documenting the health consequences of endemic warfare in three pastoralist communities of northern Kenya: a conceptual framework. *Soc Sci Med*, 70(1), 45-52.
189. Plante, T. G., Simicic, A., Andersen, E. N., & Manuel, G. (2002). Stress and Coping Among Displaced Bosnian Refugees: An Exploratory Study *International Journal of Stress Management*, 9(1), 131-141.
190. Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602-612.
191. Powell, S., & Rosner, R. (2005). The Bosnian version of the international self-report measure of posttraumatic stress disorder, the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, is reliable and valid in a variety of different adult samples affected by war. *BMC Psychiatry*, 5, 11.
192. Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: a study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *J Clin Psychol*, 59(1), 71-83.
193. Prigerson, H. G., Shear, M. K., Frank, E., Beery, L. C., Silberman, R., Prigerson, J., et al. (1997). Traumatic grief: a case of loss-induced trauma. *Am J Psychiatry*, 154(7), 1003-1009.
194. Rahe, R. H. (1990). Psychosocial stressors and adjustment disorder: van Gogh's life chart illustrates stress and disease. *J Clin Psychiatry*, 51 Suppl, 13-19.
195. Rasmussen, A., Smith, H., & Keller, A. S. (2007). Factor structure of PTSD symptoms among West and Central African refugees. *J Trauma Stress*, 20(3), 271-280.
196. Rechtman, R. (2002). Être victime: généalogie d'une condition clinique. *Évol Psychiatr*, : , 67, 775-795.
197. Roberts, B., Felix Ocaka, K., Browne, J., Oyok, T., & Sondorp, E. (2009). Factors associated with the health status of internally displaced persons in northern Uganda. *J Epidemiol Community Health*, 63(3), 227-232.

198. Roberts, B., Odong, V. N., Browne, J., Ocaña, K. F., Geissler, W., & Sondorp, E. (2009). An exploration of social determinants of health amongst internally displaced persons in northern Uganda. *Confl Health*, 3, 10.
199. Rocher, G. (1995). Introduction à la sociologie générale (Hurtubise. ed.).
200. Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annu Rev Psychol*, 40, 533-579.
201. Rosner, R., Powell, S., & Butollo, W. (2003). Posttraumatic Stress Disorder three years after the siege of Sarajevo. *J Clin Psychol*, 59(1), 41-55.
202. Rutherford, A., Zwi, A. B., Grove, N. J., & Butchart, A. (2007a). Violence: a glossary. *J Epidemiol Community Health*, 61(8), 676-680.
203. Rutherford, A., Zwi, A. B., Grove, N. J., & Butchart, A. (2007b). Violence: a priority for public health? (part 2). *J Epidemiol Community Health*, 61(9), 764-770.
204. Sabioncello, A., Kocijan-Hercigonja, D., Rabatic, S., Tomasic, J., Jeren, T., Matijevic, L., et al. (2000). Immune, endocrine, and psychological responses in civilians displaced by war. *Psychosom Med*, 62(4), 502-508.
205. Salama, P., Spiegel, P., Talley, L., & Waldman, R. (2004). Lessons learned from complex emergencies over past decade. *Lancet*, 364(9447), 1801-1813.
206. Salama, P., Spiegel, P., Van Dyke, M., Phelps, L., & Wilkinson, C. (2000). Mental health and nutritional status among the adult Serbian minority in Kosovo. *JAMA*, 284(5), 578-584.
207. Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *J Consult Clin Psychol*, 46(5), 932-946.
208. Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Sengupta, A., Jankowski, M. K., & Holmes, T. (2000). PTSD and utilization of medical treatment services among male Vietnam veterans. *J Nerv Ment Dis*, 188(8), 496-504.

209. Schnurr, P. P., & Jankowski, M. K. (1999). Physical health and post-traumatic stress disorder: review and synthesis. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 4(4), 295-304.
210. Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F., & Couto, M. T. (2006). [Violence and health: recent scientific studies]. *Rev Saude Publica*, 40 Spec no., 112-120.
211. Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Aust N Z J Psychiatry*, 40(2), 179-187.
212. Sharma, B., & van Ommeren, M. (1998). Preventing Torture and Rehabilitating Survivors in Nepal *Transcultural Psychiatry*, 35(1), 85-97.
213. Shisana, O., & Celentano, D. D. (1987). Relationship of chronic stress, social support, and coping style to health among Namibian refugees. *Soc Sci Med*, 24(2), 145-157.
214. Shrestha, N. M., Sharma, B., Van Ommeren, M., Regmi, S., Makaju, R., Komproe, I., et al. (1998). Impact of torture on refugees displaced within the developing world: symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal. *JAMA*, 280(5), 443-448.
215. Sidel, V. W., & Levy, B. S. (2008). The health impact of war. *Int J Inj Contr Saf Promot*, 15(4), 189-195.
216. Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *J Nerv Ment Dis*, 187(4), 200-207.
217. Silove, D. (2004). The challenges facing mental health programs for post-conflict and refugee communities. *Prehosp Disaster Med*, 19(1), 90-96.
218. Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry*, 170, 351-357.
219. Silove, D., & Steel, Z. (2006). Understanding community psychosocial needs after disasters: implications for mental health services. *J Postgrad Med*, 52(2), 121-125.

220. Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., & Mohan, P. (1998). Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatr Scand*, 97(3), 175-181.
221. Silove, D., Steel, Z., & Watters, C. (2000). Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA*, 284(5), 604-611.
222. Silove, D., & Zwi, A. B. (2005). Translating compassion into psychosocial aid after the tsunami. *Lancet*, 365(9456), 269-271.
223. Somasundaram, D. J., & Sivayokan, S. (1994). War trauma in a civilian population. *Br J Psychiatry*, 165(4), 524-527.
224. Sondergaard, H. P., & Theorell, T. (2003). A longitudinal study of hormonal reactions accompanying life events in recently resettled refugees. *Psychother Psychosom*, 72(1), 49-58.
225. Sonis, J., Gibson, J. L., de Jong, J. T., Field, N. P., Hean, S., & Komproe, I. (2009). Probable posttraumatic stress disorder and disability in Cambodia: associations with perceived justice, desire for revenge, and attitudes toward the Khmer Rouge trials. *JAMA*, 302(5), 527-536.
226. Spiegel, P. B., & Salama, P. (2000). War and mortality in Kosovo, 1998-99: an epidemiological testimony. *Lancet*, 355(9222), 2204-2209.
227. Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P., & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *J Trauma Stress*, 12(3), 421-435.
228. Streeter, C. L., & Franklin, C. (1992). Defining and Measuring Social Support : Guidelines for Social Work Practitioners. *Research in Social Work Practice*, 2(1), 81-98.
229. Steward, A.L, Hays, R.D., & Ware, J.E. Methods of validating MOS health measures. In: Steart, A.L & Ware J.E. *Measuring functioning and well-being. The medical outcomes Study approach*. Duke University Press, 1992..
230. Summerfield, D. (1997). The social, cultural and political dimensions of contemporary war. *Med Confl Surviv*, 13(1), 3-25.
231. Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Soc Sci Med*, 48(10), 1449-1462.

232. Summerfield, D. (2000). War and mental health: a brief overview. *BMJ*, 321(7255), 232-235.
233. Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ*, 322(7278), 95-98.
234. Summerfield, D. (2006). Recent developments and controversies in depression. *Lancet*, 367(9518), 1235.
235. Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *BMJ*, 336(7651), 992-994.
236. Sundin, E. C., & Horowitz, M. J. (2003). Horowitz's Impact of Event Scale evaluation of 20 years of use. *Psychosom Med*, 65(5), 870-876.
237. Taft, C. T., King, L. A., King, D. W., Leskin, G. A., & Riggs, D. S. (1999). Partners' ratings of combat veterans' PTSD symptomatology. *J Trauma Stress*, 12(2), 327-334.
238. Thapa, S. B., & Hauff, E. (2005). Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(8), 672-679.
239. Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *J Health Soc Behav, Spec No*, 53-79.
240. Thulesius, H., & Hakansson, A. (1999). Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees. *J Trauma Stress*, 12(1), 167-174.
241. Toole, M. J., & Waldman, R. J. (1993). Refugees and displaced persons. War, hunger, and public health. *JAMA*, 270(5), 600-605.
242. Toole, M. J., Galson, S., & Brady, W. (1993). Are war and public health compatible? *Lancet*, 341(8854), 1193-1196.
243. Toole, M.J., & Waldman, R. (1997). The public health aspects of complex emergencies and refugee situations. *Annual review of public health*, 8, 283-312.
244. Toole, M. J. (1995). Mass population displacement. A global public health challenge. *Infect Dis Clin North Am*, 9(2), 353-366.
245. Tremblay, M.-A., & Poirier, C. (1989). La construction culturelle de la recherche en santé mentale : les enjeux scientifiques et sociopolitiques. In C. q. d. r. sociale (Ed.). Québec: Gouvernement du Québec.

246. Ullman, S. E., & Siegel, J. M. (1996). Traumatic events and physical health in a community sample. *J Trauma Stress*, 9(4), 703-720.
247. UNHCR (juin 2008). Tendances mondiales en 2007 : Réfugiés, demandeurs d'asile, rapatriés, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et apatrides. <http://www.unhcr.fr/4b2a3e979.html>
248. UNHCR (2007). Convention et Protocole relatifs au Statut des Réfugiés. <http://www.unhcr.fr/4b14f4a62.html>
249. Van Damme, W. (1995). Do refugees belong in camps? Experiences from Goma and Guinea. *Lancet*, 346(8971), 360-362
250. van den Heuevel, W. J. (1998). Health status of refugees from former Yugoslavia: descriptive study of the refugees in the Netherlands. *Croat Med J*, 39(3), 356-360.
251. Van Ommeren, M., Sharma, B., Sharma, G. K., Komproe, I., Cardena, E., & de Jong, J. T. (2002). The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese refugee torture survivors: examination of comorbidity with anxiety and depression. *J Trauma Stress*, 15(5), 415-421.
252. Van Velsen, C., Gorst-Unsworth, C., & Turner, S. (1996). Survivors of torture and organized violence: demography and diagnosis. *J Trauma Stress*, 9(2), 181-193.
253. Vaux, A. (1988). Social Support. Theory, Research, and Intervention. New York: Praeger.
254. Verpoorten, M. (2005). Le coût en vies humaines du génocide rwandais : le cas de la province de Gikongoro Population, 60(4), 401-440.
255. Verwimp, P. (2004). Death and survival during the 1994 genocide in Rwanda. *Popul Stud (Camb)*, 58(2), 233-245.
256. Vidal , C. (2004). La commémoration du génocide au Rwanda Cahiers d'études africaines 175(3), 575-592.
257. Vinck, P., Pham, P. N., Stover, E., & Weinstein, H. M. (2007). Exposure to war crimes and implications for peace building in northern Uganda. *JAMA*, 298(5), 543-554.
258. Vitaliano, P., Russo, J., Maiuro, R., & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1), 3-26.

259. Wagner, A. W., Wolfe, J., Rotnitsky, A., Proctor, S. P., & Erickson, D. J. (2000). An investigation of the impact of posttraumatic stress disorder on physical health. *J Trauma Stress*, 13(1), 41-55.
260. Wakabi, W. (2007). Ethnic war leaves Burundi's health sector in ruins. *Lancet*, 369(9576), 1847-1848.
261. Wakabi, W. (2008). Health situation remains grave in southern Sudan. *Lancet*, 372(9633), 101-102.
262. Waldman, R. J. (2001a). Public health in times of war and famine: what can be done? What should be done? *JAMA*, 286(5), 588-590.
263. Waldman, R. J. (2001b). Prioritising health care in complex emergencies. *Lancet*, 357(9266), 1427-1429.
264. Ware, J. E. (2001). How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the of the SF-8 health survey : (with a supplement on the SF-6 health survey) (QualityMetric ed.).
265. Ware, J. E., Jr. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *J Chronic Dis*, 40(6), 473-480.
266. Watters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Soc Sci Med*, 52(11), 1709-1718.
267. Weine, S. M., Razzano, L., Brkic, N., Ramic, A., Miller, K., Smajkic, A., et al. (2000). Profiling the trauma related symptoms of Bosnian refugees who have not sought mental health services. *J Nerv Ment Dis*, 188(7), 416-421.
268. Westermeyer, J. (1986). Two self-rating scales for depression in Hmong refugees: assessment in clinical and nonclinical samples. *J Psychiatr Res*, 20(2), 103-113.
269. WHO. (2008). Social determinants of health in countries in conflict. A perspective from the Eastern Mediterranean Region: WHO Regional Publications.
270. Willis, B. M., & Levy, B. S. (2000). Recognizing the public health impact of genocide. *JAMA*, 284(5), 612-614.
271. Winokur, A., Winokur, D. F., Rickels, K., & Cox, D. S. (1984). Symptoms of emotional distress in a family planning service: stability over a four-week period. *Br J Psychiatry*, 144, 395-399.
272. Wolfe, J., Schnurr, P. P., Brown, P. J., & Furey, J. (1994). Posttraumatic stress disorder and war-zone exposure as correlates of

- perceived health in female Vietnam War veterans. *J Consult Clin Psychol*, 62(6), 1235-1240.
273. Wyshak, G. (1994). The relation between change in reports of traumatic events and symptoms of psychiatric distress. *Gen Hosp Psychiatry*, 16(4), 290-297.
 274. Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry*, 152(12), 1705-1713.
 275. Zayfert, C., Dums, A. R., Ferguson, R. J., & Hegel, M. T. (2002). Health functioning impairments associated with posttraumatic stress disorder, anxiety disorders, and depression. *J Nerv Ment Dis*, 190(4), 233-240.
 276. Zech, E. (2006). Psychologie du deuil: Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche (Mardaga ed.).
 277. Zwi, A., & Ugalde, A. (1989). Towards an epidemiology of political violence in the Third World. *Soc Sci Med*, 28(7), 633-642.

Annexes

Annexe V

Tableau synthétique des articles publiés dans MEDLINE entre 2003 et mars 2010 avec mots clés choisis :
 { Refugees/ or internally displaced } ET { physical health or social health }

Auteurs – titre - source	Commentaire
(Bromet et al. 2009). Subjective health legacy of the Chernobyl accident: a comparative study of 19-year olds in Kyiv. <i>BMC Public Health</i> .	L'étude porte sur les conséquences de l'accident de Tchernobyl. Elle examine la perception de la santé des adolescents ukrainiens exposés aux retombées radioactives dans l'utérus ou après les naissances
Lorek et al. (2009). The mental and physical health difficulties of children held within a British immigration detention center: a pilot study. <i>Child Abuse & Neglect</i> .	L'étude évalue la santé physique et mentale des enfants retenus dans un centre de détention britannique pour immigrants
Roberts et al. (2009). Factors associated with the health status of internally displaced persons in northern Uganda. <i>Journal of Epidemiology & Community Health</i> .	L'étude examine les facteurs liés à l'état de santé physique et mentale des déplacés internes au nord de l'Ouganda. Année 2006. N= 1206. Devis transversal. (Outils : SF-8, Harvard Trauma Questionnaire) Les auteurs concluent que les événements traumatiques, la crainte et l'incertitude des populations déplacées et le manque de biens et des services de base ont un impact négatif sur la santé
Hancock et al. (2009). Evaluation of the Integrated Services Pilot Program from Western Australia. <i>Evaluation & Program Planning</i> .	Évaluation d'un programme de soutien physique, mental et à l'employabilité des immigrants en Australie.
Newbold, B. (2009). The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC. <i>Ethnicity & Health</i> .	L'article examine l'évolution de l'état de santé des immigrants et autres nouveaux arrivés au Canada
Eisenberg L. & Belfer (2009). Prerequisites for global child and adolescent mental health. <i>Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines</i> .	
Neuner et al (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled	Les auteurs examinent l'efficacité des professionnels non qualifiés dans le processus de traitement du

trial. <i>Journal of Consulting & Clinical Psychology.</i>	PTSD des réfugiés dans quelques camps en Afrique.
Laban et al. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. Laban CJ. Komproe IH. Gernaat HB. de Jong JT. <i>Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology.</i>	L'étude porte sur l'impact de la procédure d'immigration sur la qualité de vie et l'état de santé physique psychopathologique des demandeurs d'asile en Hollande, en rapport avec des variables pré et post-migratoires
Matheson et al. (2008). Relations between trauma experiences and psychological, physical and neuroendocrine functioning among Somali refugees: mediating role of coping with acculturation stressors. <i>Journal of Immigrant & Minority Health.</i>	L'étude porte sur 90 réfugiés somaliens établis de longue date au Canada.
Sheikh et al. (2008). Preventive detention: the ethical ground where politics and health meet. Focus on asylum seekers in Australia. <i>Journal of Epidemiology & Community Health.</i>	
Laban et al. (2007). Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands.	
Noirhomme-Renard et Deccache (2007) La sante physique, mentale et les comportements de sante des adolescents immigrants de première génération. <i>Archives de Pédiatrie.</i>	
Dugan B. (2007). Loss of identity in disaster: how do you say goodbye to home?. <i>Perspectives in Psychiatric Care.</i>	L'auteur relate l'expérience vécue par des réfugiés qui ont été relocalisés au Texas après l'ouragan Katrina en Nouvelle Orléans et parle de ses conséquences de santé physique et mentales.
(Gerritsen, Bramsen et al., 2006) Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. <i>Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology</i>	L'étude montre que les problèmes de santé physique et mentale sont présents parmi les réfugiés. Cependant la population d'étude est déjà installée au Pays- Bas depuis plusieurs années (M=5,6 ans).
(Eljedi, Mikolajczyk, Kraemer, & Laaser, 2006) Health-related quality of life in diabetic patients and controls without diabetes in refugee camps in the Gaza strip: a cross-sectional study. <i>BMC Public Health</i>	L'étude porte sur une sous-population exclusivement diabétique
(Dugan, 2007). Loss of identity in disaster: how do you say goodbye to home?. <i>Perspectives in Psychiatric Care.</i>	L'article porte sur un désastre naturel (ouragan Katrina) aux États-Unis.
(Gerritsen, Deville et al., 2006) Mental and physical health problems of, and the use of healthcare by, Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees]. [Dutch]. <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i>	(Résumé seulement). Article assez semblable au premier. Il est intéressant de savoir que la durée de séjour au pays d'accueil (demandeurs d'asile versus réfugiés déjà reconnus) serait un

	déterminant de la santé !
van der Velden J. (2006). [Healthcare for asylum seekers and refugees: our country can do better].[comment]. [Dutch]. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde	
Harris et al. (2006). Delivering care for women seeking refuge. RCM Midwives	L'article porte sur les besoins et les services offerts aux femmes réfugiées enceintes.
(Omeri, Lennings, & Raymond, 2006). Beyond asylum: implications for nursing and health care delivery for Afghan refugees in Australia. Journal of Transcultural Nursing.	Article qui porte sur l'accessibilité et l'utilisation des soins offerts aux réfugiés installés déjà dans le pays d'accueil.
(Lerner, Kertes, & Zilber, 2005). Immigrants from the former Soviet Union, 5 years post-immigration to Israel: adaptation and risk factors for psychological distress. Psychological Medicine.	Porte essentiellement sur les facteurs de risque de la santé mentale pour les réfugiés installés dans le pays d'asile depuis au moins 5 ans.
(Allotey & Lazroo, 2004). Allotey & Lazroo (2004). The moral high ground: reflections on ethical dilemmas in unethical circumstances. Monash Bioethics Review.	.
Gerritsen et al. (2004). Health and health care utilisation among asylum seekers and refugees in the Netherlands: design of a study. BMC Public Health	
Ghazinour et al. (2004). Quality of life among Iranian refugees resettled in Sweden. [Journal of Immigrant Health	Réfugiés installés au Suède depuis plusieurs années. L'échantillon étudié comprend environ 50% d'anciens soldats ayant pris part au combat.

Annexe VI : Résolutions et rapports de l'ONU sur les massacres de 1993



Nations Unies⁵⁷

RÉSOLUTION 1012 (1995)

RÉSOLUTION 1012 (1995)

Adoptée par le Conseil de sécurité à sa 3571e séance,
le 28 août 1995

Le Conseil de sécurité,

Ayant examiné le rapport de la mission préparatoire chargée d'établir les faits au Burundi, daté du 20 mai 1994 (S/1995/157),

(...)

1. Prie le Secrétaire général d'établir d'urgence une commission d'enquête internationale qui sera chargée :

a) D'établir les faits concernant l'assassinat du Président du Burundi le 21 octobre 1993, ainsi que les massacres et les autres actes de violence graves qui ont suivi;

b) De recommander des mesures de caractère juridique, politique ou administratif, selon qu'il conviendra, après consultation avec le Gouvernement burundais, ainsi que des mesures visant à traduire en justice les responsables de ces actes, pour empêcher que ne se reproduisent des actes analogues à ceux sur lesquels elle aura enquêté et, d'une manière générale, pour éliminer l'impunité et promouvoir la réconciliation nationale au Burundi;

2. Recommande que la commission d'enquête internationale se compose de cinq juristes impartiaux, expérimentés et internationalement respectés, qui seront choisis par le Secrétaire général et disposeront des services d'experts voulus, et que le Gouvernement burundais soit tenu dûment au courant;

(...)

⁵⁷ Source : <http://www.un.org/french/docs/sc/1995/95s1012.htm>



22 août 1996
Communiqué de Presse
S/1996/682

**ORIGINAL : ANGLAIS LETTRE DATÉE DU 25 JUILLET 1996, ADRESSÉE AU
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SÉCURITÉ PAR LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL**

19960822

J'ai l'honneur de me référer à la résolution 1012 (1995) du Conseil de sécurité, en date du 28 août 1995, dans laquelle celui-ci m'a prié d'établir une commission d'enquête internationale chargée d'établir les faits concernant l'assassinat du Président du Burundi, le 21 octobre 1993, ainsi que les massacres qui ont suivi.

Les membres du Conseil de sécurité se rappelleront que j'ai présenté, le 5 janvier 1996, un rapport intérimaire sur les travaux de la Commission (S/1996/8).

Le 23 juillet 1996, le Président de la Commission, accompagné des trois membres restants de la Commission et de sa Secrétaire exécutive, m'a remis le rapport final de la Commission, dont je vous communique le texte ci-joint.

(Signé) Boutros BOUTROS-GHALI

(...)

X. ANALYSE DES TÉMOIGNAGES

463. S'il est vrai, comme il est dit plus haut, que la Commission été contrariée par les circonstances à l'occasion de son enquête et que la fiabilité des témoins était sujette à caution, la montagne de témoignages recueillis lui a permis de déceler une certaine constance dans les comportements et de dégager un certain nombre de conclusions.

464. À en juger non seulement par les dépositions de témoins appartenant aux deux groupes ethniques, mais également par toutes les autres informations recueillies, il est constant que dès le moment où la nouvelle du coup d'État est parvenue à l'intérieur du pays, des troncs d'arbres abattus ont été jetés en travers de toutes les routes sur presque toute l'étendue du territoire burundais et les ponts brisés. Il n'est pas jusqu'à certains responsables locaux à l'époque, maintenant écroués, qui n'aient fait état d'ordres qu'ils avaient reçus de leurs supérieurs de pousser la population à un tel comportement qui, autant que la Commission a pu en juger, était sans précédent au Burundi.

465. Dans la plupart des communes où l'enquête a été menée, le barrage des routes a été suivi peu après dans les localités sous le contrôle du Gouvernement hutu ou des responsables communaux du FRODEBU, par la capture de tous les adultes tutsis de sexe masculin et, dans certains cas, des Hutus partisans de l'UPRONA et leur regroupement dans des endroits bien déterminés où ils étaient retenus en otage.

466. Dans la plupart des cas, le meurtre de ces otages a commencé dès le moment où on apprenait, essentiellement par la radio rwandaise, que le Président Ndadaye avait été tué. Ces meurtres ont été perpétrés dans la nuit du jeudi 21 octobre dans certains endroits cependant qu'ailleurs ils ne devaient l'être que le lendemain à l'aube. Peu nombreux ont été les otages de l'UPRONA tués.

467. Dans les localités où les otages ont été tués, le massacre s'est dans la plupart des cas vite étendu à toutes les femmes et tous les enfants tutsis; les maisons des Tutsis ont également été mises à sac et incendiées. Le massacre d'hommes et de femmes tutsis de tous âges fit tache d'huile à partir de ces localités. Dans certains endroits, des femmes tutsies ont été épargnées, encore qu'elles aient souvent été violées ou séquestrées.

468. Les soldats et gendarmes, partis de leurs bases le jeudi 21 octobre, entreprirent à grand-peine de dégager les routes principales et de construire des ponts de fortune. Une fois sur les lieux des massacres de Tutsis, ils ont porté secours aux survivants et se sont pour la plupart livrés à un massacre aveugle de Hutus, aidés souvent en cela par les survivants eux-mêmes. Ils entreprirent ensuite, pendant plusieurs jours, de dégager les routes secondaires, continuant de porter secours aux Tutsis et d'exercer une répression aveugle sur la personne des Hutus. Les soldats ne se sont jamais rendus sur certaines collines.

469. Au fur et à mesure que l'armée se déployait à partir de points situés sur les routes principales, nombre de Hutus s'enfuyaient vers les collines encore inaccessibles. Les tueurs dans leurs rangs étendaient le massacre des Tutsis aux collines qui avaient jusque-là été épargnées par la violence tant et si bien que pendant quelques jours à partir du vendredi 22 octobre, les massacres de Tutsis par les Hutus d'une part et de Hutus par les soldats d'autre part se généralisaient simultanément.

470. Les témoignages recueillis concordent dans leur quasi-totalité : dans les communes où l'enquête a été menée, Hutus et Tutsis coexistaient dans la paix sur la colline (jusqu'au ?) 21 octobre même si la campagne électorale et le remplacement de la plupart des responsables locaux de l'UPRONA par des membres du FRODEBU avaient suscité quelque tension entre les ethnies. Les rapports sociaux étaient normaux et les mariages mixtes fréquents. Un pourcentage considérable de survivants tutsis ont reconnu n'avoir dû leur salut qu'à des parents, voisins ou amis hutus qui les avaient protégés souvent au risque de leur propre vie.

471. Si de nombreux témoins hutus ont évoqué la persécution sanglante dont les membres de leur ethnie furent victimes en 1972, aucun d'entre eux n'a accusé ses voisins tutsis d'y avoir personnellement pris part. La persécution et la répression politique perpétrées contre les Hutus avaient été le fait de dictatures militaires et les agriculteurs tutsis locaux eux-mêmes n'y avaient pas joué un rôle important.

472. S'il est indéniable que les Hutus constituent une classe de citoyens de second ordre sur les plans social, économique et dans l'enseignement, les disparités de statut, de richesse et de niveau d'instruction entre Tutsis et Hutus vivant de l'agriculture de subsistance sur la même colline étaient négligeables.

473. Autant de considérations qui amènent la Commission à conclure que le massacre systématique d'hommes, de femmes et d'enfants tutsis sur les collines dans l'ensemble du pays ne saurait être mis sur le compte de réactions spontanées, simultanées, de la masse des agriculteurs hutus dirigées contre leurs voisins. Le fait — établi par les éléments de preuve recueillis — que nombre de simples agriculteurs hutus aient pris part au massacre ne peut être attribué qu'à l'incitation de leurs dirigeants et à l'exemple donné par ces derniers, dont la présence et les activités partout où des massacres ont été perpétrés sont attestée par des preuves surabondantes.

474. La question se pose de savoir comment des agriculteurs hutus par nature pacifiques ont pu être convaincus de prendre part au massacre de leurs voisins tutsis. Pour la Commission, la soif de terres n'était pas — tant s'en faut — une motivation étrangère à un tel comportement.

475. Le Burundi qui est — faut-il le rappeler? — le pays le plus surpeuplé d'Afrique, voit sa population s'accroître tous les ans à un taux de plus de 2,5 %. Plus de 90 % de la population vit de la terre. Les familles occupent de minuscules lopins de terre qui ne sont plus en mesure d'accueillir les nombreux descendants et leurs propres enfants. Il n'existe pratiquement aucune possibilité d'emploi en dehors de l'agriculture. Le moindre pouce de terre arable fait l'objet d'une exploitation intensive et il n'y a pas de terres où l'on puisse s'installer. Les chances d'émigrer sont pratiquement nulles. Dans la moitié septentrionale du pays, où la quasi-totalité des massacres avaient eu lieu, les anciens pâturages sont maintenant presque entièrement voués aux cultures de sorte que les Tutsis se sont, pour la plupart, eux aussi consacrés à l'agriculture. Certains Tutsis et Hutus étaient encore propriétaires d'un petit cheptel mais essentiellement pour se conférer quelque statut.

476. L'immense pression résultant de cet état de choses a pu susciter chez les agriculteurs voués à la misère la forte tentation de s'approprier les biens de leurs voisins et d'accaparer leurs lopins de terre, tentation que leurs dirigeants ont pu exploiter. On relèvera à cet égard que le pillage des biens tutsis a commencé presque partout dès le moment où les otages étaient capturés, avant que les massacres n'aient eu lieu.

477. Quant à savoir ce qui a pu inspirer ceux qui, jusqu'au niveau local, ont été à la tête de ces massacres, la Commission estime qu'il ne faudrait pas perdre de vue l'exemple rwandais que Hutus et Tutsis burundais ne sont pas près d'oublier. Au Rwanda, le régime hutu en place depuis l'indépendance et au pouvoir à l'époque des événements du Burundi, avait massacré les Tutsis à plusieurs reprises. L'attitude des Hutus rwandais au pouvoir vis-à-vis des Tutsis devait s'offrir en spectacle tragique à l'opinion internationale à l'occasion du génocide perpétré l'année suivante, et dont on sait maintenant qu'il avait été mûri à l'avance. Les dirigeants du FRODEBU à tous les échelons, y compris les fondateurs de cette organisation, avaient vécu des années en exil au Rwanda après 1972. Le FRODEBU était fortement appuyé depuis sa création par le Président rwandais et son parti. Toutes choses qui ne pouvaient manquer d'influencer les responsables hutus du FRODEBU y compris au niveau local.

478. Une montagne de dépositions et autres éléments de preuve tendent à désigner certains militants et dirigeants hutus du FRODEBU, y compris au niveau des communes comme les instigateurs des massacres de Tutsis partout où la Commission a été conduite par son enquête. Quant à savoir si ceux-ci avaient agi de leur propre chef ou s'ils obéissaient à des ordres ou à un plan préétabli, les éléments de preuve disponibles n'autorisent nullement à se prononcer. Aucune preuve directe ne permet de conclure dans un sens ou dans l'autre et les éléments de preuve indirecte peuvent être interprétés dans un sens comme dans l'autre. En effet, si d'une part, on peut en conclure que les responsables locaux avaient agi sur des ordres précédemment émis par leurs supérieurs, il n'est pas inconcevable d'autre part que les responsables en cause, ayant appris au terme d'une journée de tension indescriptible que le Président Ndadaye avait été tué et croyant leur gouvernement irrémédiablement condamné, aient entrepris de leur propre chef de massacrer les otages tutsis en différentes parties du pays. Entre l'exécution des otages et le massacre systématique des femmes et des enfants, il n'y avait qu'un petit pas à franchir.

479. On ne peut pas en dire autant des actes de prise d'otages qui, autant que la Commission ait pu en juger, constituent un phénomène sans précédent au Burundi, voire au Rwanda. Ces actes ont été perpétrés simultanément en différents endroits non reliés par le moindre moyen de communication. Ils étaient invariablement dirigés contre tout homme ou jeune tutsi quelle que soit son affiliation politique. Ils ont été perpétrés peu après que les militants et responsables locaux du FRODEBU ont appris la nouvelle du coup d'État militaire et de l'arrestation du Président et avant qu'ils aient pu savoir si le coup d'État avait réussi ou si le Président était encore en vie ou non. On ne peut pas croire qu'il se soit agi là d'un phénomène local spontané qui se serait produit en même temps en divers endroits.

480. Au surplus, il est impossible de trouver aux actes de prise d'otages une explication cohérente au niveau local proprement dit. Par définition, on prend des otages pour contraindre un adversaire à agir de telle ou telle façon. Un dirigeant local n'avait personne avec qui négocier. La cessation du coup d'État militaire ou la libération du Président Ndadaye ne pouvaient être négociées qu'à Bujumbura. À cette fin, seule une campagne de prise d'otages d'envergure menée en même temps sur toute l'étendue du territoire national pouvait offrir des pions aux fins de négociations.

481. Les massacres de Tutsis, loin de constituer uniquement une manifestation d'hostilité de la part d'un groupe politique ou ethnique contre un autre groupe étaient une tentative d'extermination totale de l'ethnie tutsie. Les Tutsis n'ont pas été massacrés dans un accès de violence, mais systématiquement traqués. Que l'on ait dans certains cas laissé la vie sauve à des femmes tutsies peut s'expliquer par le fait qu'au Burundi la femme ne perpétue pas l'ethnie car l'enfant appartient à l'ethnie de son père. Parfois, des Hutus ont été pris en otages en même temps que les Tutsis, mais il s'agissait uniquement de Hutus dont l'affiliation à l'UPRONA était notoire, alors que dans le cas des Tutsis l'affiliation politique était indifférente. La plupart des Hutus de l'UPRONA ont certes subi de graves sévices, mais ils n'ont pas été tués. Les dirigeants qui avaient donné le coup d'envoi des massacres ici ou là n'ont cessé, dans leur fuite, de les susciter dans les endroits qui en étaient encore épargnés.

482. Aux termes de l'article II de la Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide, le génocide s'entend du meurtre de membres d'un groupe ethnique commis dans l'intention de détruire ce groupe en tout ou en partie. Le fait que le Burundi n'ait pas ratifié cette convention est sans pertinence puisque ses dispositions font maintenant partie du droit international coutumier et ont valeur de jus cogens.

XI. CONCLUSIONS

483. La Commission estime que les éléments de preuve dont elle dispose suffisent à établir que des actes de génocide ont été perpétrés au Burundi contre la minorité tutsie le 21 octobre 1993 et les jours suivants à l'instigation et avec la participation de certains militants et responsables hutus du FRODEBU, y compris au niveau des communes.

484. La Commission estime que les éléments de preuve ne lui permettent pas de déterminer si ces actes avaient été planifiés ou ordonnés ou non par des dirigeants au niveau supérieur.

485. La Commission considère que, même si elle n'a pas recueilli de preuves — et on ne pouvait pas non plus attendre d'elle qu'elle en recueille vu les circonstances — de témoignages directs ni de preuves matérielles à l'appui, les éléments de preuve indirecte dont elle dispose l'autorise à conclure que certains membres haut placés du FRODEBU avaient planifié à l'avance une riposte face à l'éventualité bien réelle d'un coup d'État de l'armée, que cette riposte consistait notamment à barrer les routes et à armer les Hutus, à prendre en otages des hommes et des jeunes hommes tutsis et que ce plan avait été connu d'avance de certains membres locaux du FRODEBU occupant des postes de responsabilité, y compris au niveau des communes.

486. La Commission estime qu'il est établi que des éléments de l'armée et de la gendarmerie burundaises et des civils tutsis ont perpétré un massacre aveugle d'hommes, de femmes et d'enfants hutus. Si l'on n'a pas rapporté la preuve que la répression avait été planifiée ou ordonnée par les autorités centrales, il est constant que les autorités militaires à tous les échelons de la hiérarchie n'ont fait aucun effort pour prévenir, arrêter, réprimer de tels actes ou ouvrir une enquête sur ce sujet. La Commission considère que pour n'avoir pas agi, les autorités militaires en question voient leur responsabilité engagée vis-à-vis de ces actes.

487. La Commission estime que les éléments de preuve dont elle dispose ne lui permettent pas d'identifier nommément les individus qui doivent répondre des actes visés dans les présentes conclusions devant la justice.

(...)